

Ministère de l'enseignement supérieur
Et de la recherche scientifique

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple Un But Une Foi

**UNIVERSITE DES SCIENCES DES
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO**



**FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE**



ANNEE UNIVERSITAIRE 2020-2021

N°.....

THESE

**ETUDE DES CONNAISSANCES DES ETUDIANTS
DE LA FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE DE BAMAKO SUR
L'HEPATITE B**

Présentée et soutenue publiquement le 21/06/ 2021 devant la Faculté de
Médecine et d'Odontostomatologie du Mali pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

Par

Mr Arnold Borel KAMDEN KAMGAING

Jury

Président : Pr Flabou BOUGOUDOGO

Membre : Dr Sanra Déborah SANOGO

Co-directeur : Dr Jean-Paul DEMBELE

Directeur : Pr Soukalo DAO

ETUDE DES CONNAISSANCES DES ETUDIANTS DE LA FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE DE BAMAKO SUR L'HEPATITE B

FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020– 2021

ADMINISTRATION

DOYEN : Seydou DOUMBIA - PROFESSEUR
VICE-DOYEN : Mariam SYLLA - PROFESSEUR
SECRETAIRE PRINCIPAL : Dr. Monzon TRAORE- MAITRE-ASSISTANT
AGENT COMPTABLE : Monsieur Yaya CISSE – INSPECTEUR DU TRESOR



LES PROFESSEURS A LA RETRAITE

Mr Mamadou L. TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine interne
Mr Aly GUINDO	Gastro-Entérologie
Mr Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
Mr Siné BAYO	Anatomie-Pathologie-Histoembryologie
Mr Abdoulaye Ag RHALLY	Médecine Interne
Mr Boukassoum HAIDARA	Législation
Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
Mr Massa SANOGO	Chimie Analytique
Mr Sanoussi KONATE	Santé Publique
Mr Abdou Alassane TOURE	Orthopédie - Traumatologie
Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale & Minérale
Mr Issa TRAORE	Radiologie
Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Mme SY Assitan SOW	Gynéco-Obstétrique
Mr Salif DIAKITE	Gynéco-Obstétrique
Mr Abdourahamane S. MAIGA	Parasitologie
Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Amadou DIALLO	Zoologie - Biologie
Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
Mr Amadou DOLO	Gynéco Obstétrique
Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie
Mr Bouba DIARRA	Bactériologie
Mr Bréhima KOUMARE	Bactériologie – Virologie
Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie
Mr Bougouzié SANOGO	Gastro-entérologie
Mr Souleymane DIALLO	Pneumologie
Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Mr Seydou DIAKITE	Cardiologie
Mr Amadou TOURE	Histo-embryologie
Mr. Mahamane Kalilou MAIGA	Néphrologie
Mr Somita KEITA	Dermato-Léprologie
Mr. Filifing SISSOKO	Chirurgie générale
Mr Alhousseini Ag MOHAMED	O.R.L.
Mme TRAORE J. THOMAS	Ophthalmologie
Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
Mr Issa DIARRA	Gynéco-Obstétrique
Mr Yeya Tiemoko TOURE	Entomologie médicale, Biologie cellulaire, Génétique
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du Milieu
Mr Hamar A. TRAORE	Médecine Interne
Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
Mr Moussa Y. MAIGA	Gastro-entérologie – Hépatologie
Mr Boubakar DIALLO	Cardiologie
Mr Sékou SIDIBE	Orthopédie. Traumatologie
Mr Sanoussi BAMANI	Ophthalmologie

ETUDE DES CONNAISSANCES DES ETUDIANTS DE LA FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE DE BAMAKO SUR L'HEPATITE B

Mr Adama SANGARE	Orthopédie - Traumatologie
Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie
Mr Moustapha TOURE	Gynécologie/Obstétrique
Mr Souleymane TOGORA	Odontologie
Mr Aly TEMBELY	Urologie
Mr Tiéman COULIBALY	Orthopédie Traumatologie
Mr Niani MOUNKORO	Gynécologie/Obstétrique
Mr Siaka SIDIBE	Radiologie
Mr Abdel Kader TRAORE	Médecine Interne
Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie



LES ENSEIGNANTS DECEDES

Mr Alou BA	Ophtalmologie (DCD)
Mr Bocar Sidy SALL	Orthopédie Traumatologie - Secourisme (DCD)
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie (DCD)
Mr Abdel Kader TRAORE Dit DIOP	Chirurgie Générale (DCD)
Mr Moussa TRAORE	Neurologie (DCD)
Mr Yénimégué Albert DEMBELE†	Chimie Organique (DCD)
Mr Anatole TOUNKARA †	Immunologie (DCD)
Mr Bou DIAKITE	Psychiatrie (DCD)
Mr Boubacar dit Fassara SISSOKO	Pneumologie (DCD)
Mr Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Modibo SISSOKO	Psychiatrie (DCD)
Mr Ibrahim ALWATA	Orthopédie – Traumatologie (DCD)
Mme TOGOLA Fanta KONIPO	ORL (DCD)
Mr Bouraïma MAIGA	Gynéco/Obstétrique (DCD)
Mr. Mady MACALOU	Orthopédie/ Traumatologie (DCD)
Mr Mahamadou TOURE	Radiologie (DCD)
Mr Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie (DCD)
Mr Tiémoko D. COULIBALY	Odontologie(DCD)
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale (DCD)
Mr Ogobara DOUMBO	Parasitologie – Mycologie (DCD)
Mr Massambou SACKO	Santé Publique (DCD)
Mr Adama DIARRA	Physiologie (DCD)
Mr Yaya FOFANA	Hématologie (DCD)
Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique (DCD)
Mr Mamby KEITA	Chirurgie Pédiatrique (DCD)

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. & PAR GRADE

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS/ DIRECTEURS DE RECHERCHE

Mr Nouhoum ONGOIBA	Anatomie & Chirurgie Générale
Mr. Mamadou TRAORE	Gynéco-Obstétrique
Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale
Mr Adégné TOGO	Chirurgie Générale
Mr Mohamed Amadou KEITA	ORL
Mr Youssouf COULIBALY	Anesthésie – Réanimation
Mr Sadio YENA	Chirurgie Thoracique
Mr. Djibo Mahamane DIANGO	Anesthésie-réanimation
Mr Samba Karim TIMBO	ORL, Chef de D.E.R
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie - Réanimation
Mr Alhassane TRAORE	Chirurgie Générale

2. MAITRES DE CONFERENCES/ MAITRES DE RECHERCHE

Mme Diénéba DOUMBIA	Anesthésie/Réanimation
Mr Zanafon OUATTARA	Urologie

**ETUDE DES CONNAISSANCES DES ETUDIANTS DE LA FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE DE BAMAKO SUR L'HEPATITE B**

Mr Lamine TRAORE
Mr Lassana KANTE
Mr Ibrahima TEGUETE
Mr Youssouf TRAORE
Mr Bakary Tientigui DEMBELE
Mr Drissa KANIKOMO
Mr Oumar DIALLO
Mr Yacaria COULIBALY
Mr. Drissa TRAORE
Mr Adama Konoba KOITA
Mr Mohamed KEITA
Mr Broulaye Massaoulé SAMAKE
Mr. Moussa Abdoulaye OUATTARA
Mme Kadiatou SINGARE
Mr Hamidou Baba SACKO
Mr Bréhima COULIBALY
Mr Hamady TRAORE
Mr Lamine Mamadou DIAKITE
Mr Honoré Jean Gabriel BERTHE
Mme Fatoumata SYLLA
Mr Nouhoum DIANI
Mr Aladji Seïdou DEMBELE
Mr Birama TOGOLA
Mr Seydou TOGO
Mr Tioukany THERA
Mr Boubacar BA
Mr Soumaïla KEITA

Ophtalmologie
Chirurgie Générale
Gynécologie/Obstétrique
Gynécologie/Obstétrique
Chirurgie Générale
Neuro Chirurgie
Neurochirurgie
Chirurgie Pédiatrique
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Anesthésie Réanimation
Anesthésie Réanimation
Chirurgie thoracique et cario-vasculaire
ORL-(Oto-Rhino-Laryngologie)
ORL
Chirurgie Générale
Odonto-Stomatologie
Urologie
Urologie
Ophtalmologie
Anesthésie-Réanimation
Anesthésie-Réanimation
Chirurgie Générale
Chirurgie Thoracique et Cardio Vasculaire
Gynécologie Obstétrique
Odonto-Stomatologie
Chirurgie Générale



3. MAITRES ASSISTANTS/ CHARGES DE RECHERCHE

Mr Youssouf SOW
Mr Mamadou DIARRA
Mr Boubacary GUINDO
Mme Fadima Koréïssy TALL
Mme Aïssatou SIMAGA
Mr Seydou BAKAYOKO
Mr Sidi Mohamed COULIBALY
Mr Adama GUINDO
Mme Fatimata KONANDJI
Mr Siaka SOUMAORO
Mr Koniba KEITA
Mr Sidiki KEITA
Mr Issa AMADOU
Mr Amadou TRAORE
Mr Bréhima BENGALY
Mr Madiassa KONATE
Mr Sékou Bréhima KOUMARE
Mr Boubacar KAREMBE
Mr Abdoulaye DIARRA
Mr. Idrissa TOUNKARA
Mr. Mohamed Kassoum DJIRE
Mr Abdoul Aziz MAIGA
Mr Oumar COULIBALY
Mr Mahamadou DAMA
Mr Youssouf SOGOBA
Mr Mamadou Salia DIARRA
Mr Moussa DIALLO
Mr Abdoulaye NAPO
Mr Nouhoum GUIROU
Mr Abdoul Kadri MOUSSA
Mr Layes TOURE

Chirurgie Générale
Ophtalmologie
ORL
Anesthésie Réanimation
Ophtalmologie
Ophtalmologie
Ophtalmologie
Ophtalmologie
Ophtalmologie
ORL
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Chirurgie pédiatrique
Chirurgie Viscérale ou générale
Chirurgie Viscérale ou générale
Chirurgie Viscérale ou générale
Chirurgie Viscérale ou générale
Chirurgie Viscérale ou générale
Chirurgie Viscérale ou générale
Chirurgie Viscérale ou générale
Chirurgie pédiatrique
Chirurgie thoracique
Neurochirurgie
Neurochirurgie
Neurochirurgie
Neurochirurgie
Ophtalmologie
Ophtalmologie
Orthopédie traumatologie
Orthopédie traumatologie

**ETUDE DES CONNAISSANCES DES ETUDIANTS DE LA FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE DE BAMAKO SUR L'HEPATITE B**

Mr Mahamadou DIALLO
Mr Louis TRAORE
Mr Seydou GUEYE
Mme Kadidia Oumar TOURE
Mr Ahmed BA
Mr Bougadary COULIBALY
Mr abdoulaye KASSAMBARA
Mme Hapssa KOITA
Mr Alphousseiny TOURE
Mr Youssouf SIDIBE
Mr Fatogoma Issa KONE
Mr Amadou KOSSOGUE
Mr Dramane Nafu CISSE
Mr Mamadou Tidiani COULIBALY
Mr Moussa Salifou DIALLO
Mr Alkadri DIARRA
Mr Seydina Alioune BEYE
Mr Hammadoun DICKO
Mr Moustapha Issa MANGANE
Mr Thierno DIOP
Mr Mamadou Karim TOURE
Mr Abdoul Hamidou HALMEIMOUN
Mr Daouda DIALLO
Mr Abdoulaye TRAORE
Mr Siriman Abdoulaye KOITA
Mr. Mahamadou Coulibaly
Mr Ibrahima SANKARE
Mr Soumana Oumar TRAORE
Mr Abdoulaye SISSOKO
Mme Aminata KOUMA
Mr Mamadou SIMA
Mr Seydou FANE
Mr Amadou BOCOUM
Mr Ibrahim ONGOIBA
Mr Ibrahima ousmane KANTE
Mr Alassane TRAORE
Mr Oumar WANE
Mr Ousseynou DIAWARA
Mr Amsalah NIANG

Orthopédie traumatologie
Orthopédie traumatologie
Chirurgie buccale
Orthopédie-dento-faciale
Prothèse dentaire
Prothèse dentaire
Odonto-Stomatologie
Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
ORL
ORL
Urologie
Urologie
Urologie
Urologie
Urologie
Anesthésie Réanimation
Anesthésie Réanimation
Anesthésie Réanimation
Anesthésie Réanimation
Anesthésie Réanimation
Anesthésie Réanimation
Anesthésie Réanimation
Anesthésie Réanimation
Anesthésie Réanimation
Anesthésie Réanimation
Anesthésie Réanimation
Anesthésie Réanimation
Anesthésie Réanimation
Chirurgie thoracique et Cardiovasculaire
Gynécologie Obstétrique
Gynécologie Obstétrique
Gynécologie Obstétrique
Gynécologie Obstétrique
Gynécologie Obstétrique
Gynécologie Obstétrique
Gynécologie Obstétrique
Gynécologie Obstétrique
Gynécologie Obstétrique
Chirurgie dentaire
Parodontologie
Odonto-Préventive et sociale



2. ASSISTANTS/ ATTACHES DE RECHERCHE

Mme Lydia B. Sita Stomatologie

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS/ DIRECTEURS DE RECHERCHE

Mr Ibrahim I. MAIGA Bactériologie – Virologie
Mr Cheick Bougadari TRAORE Anatomie-Pathologie **Chef de DER**
Mr Bakarou KAMATE Anatomie Pathologie
Mr Mahamadou A. THERA Parasitologie -Mycologie

3. MAITRES DE CONFERENCES/ MAITRES DE RECHERCHE

Mr Djibril SANGARE Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Guimogo DOLO Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Bokary Y. SACKO Biochimie
Mr Bakary MAIGA Immunologie
Mme Safiatou NIARE Parasitologie - Mycologie
Mr Abdoulaye KONE Parasitologie – Mycologie

4. MAITRES ASSISTANTS/ CHARGES DE RECHERCHE

ETUDE DES CONNAISSANCES DES ETUDIANTS DE LA FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE DE BAMAKO SUR L'HEPATITE B

Mr Sanou Kho COULIBALY	Toxicologie
Mr Mamoudou MAIGA	Bactériologie-Virologie
Mr Sidi Boula SISSOKO	Histologie embryologie et cytogénétique
Mr Bréhima DIAKITE	Génétique et Pathologie Moléculaire
Mr Yaya KASSOGUE	Génétique et Pathologie Moléculaire
Mr Bourama COULIBALY	Anatomie pathologique
Mme Aminata MAIGA	Bactériologie Virologie
Mme Djeneba Bocar MAIGA	Bactériologie Virologie
Mr Ibrehima GUINDO	Bactériologie Virologie
Mr Boubacar Sidiki DRAME	Biologie Médicale
Mr Mamadou BA	Biologie, Parasitologie Entomologie Médicale
Mr Moussa FANE	Parasitologie Entomologie
Mr Bamodi SIMAGA	Physiologie
Mr Oumar SAMASSEKOU	Génétique/ Génomique
Mr Nouhoum SAKO	Hématologie/Oncologie/Cancérologie
Mme Mariam TRAORE	Pharmacologie
Mr Saïdou BALAM	Immunologie
Mme Arhamatoulaye MAIGA	Biochimie
Mr Aboubacar Alassane Oumar	Pharmacologie
Mr Karim TRAORE	Maladies Infectieuses

5. ASSISTANTS/ ATTACHES DE RECHERCHE

Mr Hama Abdoulaye DIALLO	Immunologie
Mr Harouna BAMBA	Anatomie Pathologie
Mr Moussa KEITA	Entomologie Parasitologie
Mr Djakaridja TRAORE	Hématologie
Mr Yacouba FOFANA	Hématologie
Mr Diakalia Siaka BERTHE	Hématologie

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS/ DIRECTEURS DE RECHERCHE

Mr Mamady KANE	Radiologie
Mr Adama D. KEITA	Radiologie
Mr Sounkalo DAO	Maladies Infectieuses
Mr Boubacar TOGO	Pédiatrie
Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
Mr. Daouda K. MINTA	Maladies Infectieuses
Mr. Moussa T. DIARRA	Gastro-entérologie – Hépatologie
Mr Cheick Oumar GUINTO	Neurologie
Mr Ousmane FAYE	Dermatologie
Mr Youssoufa Mamoudou MAIGA	Neurologie
Mr Yacouba TOLOBA	Pneumo-Phtisiologie Chef de DER
Mme Mariam SYLLA	Pédiatrie
Mme Fatoumata DICKO	Pédiatrie

2. MAITRES DE CONFERENCES/ MAITRES DE RECHERCHE

Mr Idrissa Ah. CISSE	Rhumatologie/Dermatologie
Mr Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
Mr Anselme KONATE	Hépatogastro-Entérologie
Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
Mr Souleymane COULIBALY	Psychologie
Mme KAYA Assétou SOUCKO	Médecine Interne
Mr Bah KEITA	Pneumo-Phtisiologie
Mr Japhet Pobanou THERA	Médecine Légale/Ophthalmologie
Mr Ilo Bella DIALLO	Cardiologie
Mr Ichaka MENTA	Cardiologie
Mr Abdoul Aziz DIAKITE	Pédiatrie
Mr Mahamadou DIALLO	Radiodiagnostic imagerie médicale
Mr Souleymane COULIBALY	Cardiologie



ETUDE DES CONNAISSANCES DES ETUDIANTS DE LA FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE DE BAMAKO SUR L'HEPATITE B

3. MAITRES ASSISTANTS/ CHARGES DE RECHERCHE

Mr Mahamadoun GUINDO	Radiologie
Mr Boubacar DIALLO	Médecine Interne
Mr Adama Aguisa DICKO	Dermatologie
Mr Salia COULIBALY	Radiologie
Mr Hamidou Oumar BA	Cardiologie
Mr Massama KONATE	Cardiologie
Mr Ibrahima SANGARE	Cardiologie
Mr Youssouf CAMARA	Cardiologie
Mr Samba SIDIBE	Cardiologie
Mr Asmaou KEITA	Cardiologie
Mr Mamadou TOURE	Cardiologie
Mr Mme Coumba Adiaratou THIAM	Cardiologie
Mr Mamadou DIAKITE	Cardiologie
Mr Bourama DEMBELE	Cardiologie
Mr Boubacar SONFO	Cardiologie
Mme Mariam SAKO	Cardiologie
Mme Djénéba SYLLA	Endocrinologie, Maladies métaboliques et Nutrition
Mr Hourouma SOW	Hepato-Gastro-enterologie
Mme Kadiatou DOUMBIA	Hepato-Gastro-enterologie
Mme Sanra Déborah SANOGO	Hepato-Gastro-enterologie
Mr Issa KONATE	Maladies Infectieuses et Tropicales
Mr Abdoulaye Mamadou TRAORE	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Yacouba CISSOKO	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Jean Paul DEMBELE	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Garan DABO	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Mamadou A. C CISSE	Médecine d'Urgence
Mr Seydou HASSANE	Neurologie
Mr Guida LANDOURE	Neurologie
Mr Thomas COULIBALY	Neurologie
Mr Adama Seydou SISSOKO	Neurologie-Neurophysiologie
Mr Dianguina dit Noumou SOUMARE	Pneumologie
Mme Khadidia OUATTARA	Pneumologie
Mr Pakuy Pierre MOUNKORO	Psychiatrie
Mr Souleymane dit Papa COULIBALY	Psychiatrie
Mr Siritio BERTHE	Dermatologie
Mme N'Diaye Hawa THIAM	Dermatologie
Mr Adama Aguisa DICKO	Dermatologie
Mr Yamoussa KARABINTA	Dermatologie
Mr Mamadou GASSAMA	Dermatologie
Mr Djibril SY	Médecine Interne
Mme Djenebou TRAORE	Médecine Interne
Mme Djénéba DIALLO	Néphrologie
Mr Hamadoun YATTARA	Néphrologie
Mr Seydou SY	Néphrologie
Mr Belco MAIGA	Pédiatrie
Mme Djeneba KONATE	Pédiatrie
Mr Fousseyni TRAORE	Pédiatrie
Mr Karamoko SACKO	Pédiatrie
Mme Fatoumata Léonie DIAKITE	Pédiatrie
Mme Lala N'Drainy SIDIBE	Pédiatrie
Mr Koniba DIABATE	Radiodiagnostic et Radiothérapie
Mr Adama DIAKITE	Radiodiagnostic et Radiothérapie
Mr Aphou Sallé KONE	Radiodiagnostic et Radiothérapie
Mr Mody Abdoulaye CAMARA	Radiodiagnostic et imagerie médicale
Mr Mamadou N'DIAYE	Radiodiagnostic et imagerie médicale
Mme Hawa DIARRA	Radiologie et imagerie Médicale
Mr Issa CISSE	Radiologie et imagerie Médicale
Mr Mamadou DEMBELE	Radiologie et imagerie Médicale



ETUDE DES CONNAISSANCES DES ETUDIANTS DE LA FACULTE DE MEDECINE D'ODONTO-STOMATOLOGIE DE BAMAKO SUR L'HEPATITE B



Mr Ouncoumba DIARRA	Radiologie et imagerie Médicale
Mr Ilias GUINDO	Radiologie et imagerie Médicale
Mr Abdoulaye KONE	Radiologie et imagerie Médicale
Mr Alassane KOUMA	Radiologie et imagerie Médicale
Mr Aboucar Sidiki N'DIAYE	Radiologie et imagerie Médicale
Mr Souleymane SANOGO	Radiologie et imagerie Médicale
Mr Ousmane TRAORE	Radiologie et imagerie Médicale
Mr Djigui KEITA	Rhumatologie
Mr Souleymane SIDIBE	Médecine de la Famille/Communautaire
Mr Drissa Mansa SIDIBE	Médecine de la Famille/Communautaire
Mr Salia KEITA	Médecine de la Famille/Communautaire
Mr Issa Souleymane GOITA	Médecine de la Famille/Communautaire

4. ASSISTANTS/ ATTACHES DE RECHERCHE

Mr Boubacari Ali TOURE	Hématologie clinique
------------------------	----------------------

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR/ DIRECTEURS DE RECHERCHE

Mr Seydou DOUMBIA	Epidémiologie
Mr Hamadoun SANGHO	Santé Publique, Chef de D.E.R.
Mr Samba DIOP	Anthropologie Médicale
Mr Mamadou Souncalo TRAORE	Santé Publique

2. MAITRES DE CONFERENCES/ MAITRES DE RECHERCHE

Mr Cheick Oumar BAGAYOKO	Informatique Médicale
Mr Adama DIAWARA	Santé Publique
Mr Modibo DIARRA	Nutrition

3. MAITRES ASSISTANTS/ CHARGES DE RECHERCHE

Mr Hammadoun Aly SANGO	Santé Publique
Mr Ousmane LY	Santé Publique
Mr Oumar THIERO	Biostatistique/Bioinformatique
Mr Ogobara KODIO	Santé Publique
Mr Abdrahamane COULIBALY	Anthropologie médicale
Mr. Modibo SANGARE	Pédagogie en Anglais adapté à la recherche biomédicale
Mr Cheick Abou COULIBALY	Epidémiologie

4. ASSISTANTS/ ATTACHES DE RECHERCHE

Mr Seydou DIARRA	Anthropologie Médicale
Mr Abdrahamane ANNE	Bibliothéconomie-Bibliographie
Mr Yaya dit Sadio SARRO	Epidémiologie
Mr Mohamed Moumine TRAORE	Santé communautaire
Mme N'Deye Lallah Nina KOITE	Nutrition
Mr Housseini DOLO	Epidémiologie
Mr. Souleymane Sékou DIARRA	Epidémiologie
Mr Moctar TOUNKARA	Epidémiologie
Mr Nouhoum TELLY	Epidémiologie
Mr Bassirou DIARRA	Recherche opérationnelle
Mme Fatoumata KONATE	Nutrition et Diététique
Mr Bakary DIARRA	Santé Publique
Mme Fatoumata SY	Gestion des Ressources Humaines
Mr Cheick O DIAWARA	Bibliothèques
Mr Bakary COULIBALY	Bibliothèques

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr Souleymane GUINDO	Gestion
Mr Rouillah DIAKITE	Biophysique et Médecine Nucléaire

**ETUDE DES CONNAISSANCES DES ETUDIANTS DE LA FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE DE BAMAKO SUR L'HEPATITE B**

Mr Alou DIARRA
Mme Assétou FOFANA
Mr Abdoulaye KALLE
Mr Mamadou KAREMBE
Mme Fatouma Sirifi GUINDO
Mr Alassane PEROU
Mr Boubacar ZIBEIROU
Mr Boubakary Sidiki MAIGA
Mme Daoulata MARIKO
Mr Elimane MARIKO
Mr Issa COULIBALY
Mr Klétigui Casmir DEMBELE
Mr Souleymane SAWADOGO

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr. Lamine GAYE

Cardiologie
Maladies infectieuses
Gastroentérologie
Neurologie
Médecine de Famille
Radiologie
Physique
Chimie Organique
Stomatologie
Pharmacologie
Gestion
Biochimie
Informatique

Physiologie

Dédicaces

Dédicaces

A vous je dédie ce travail

- **Au Dieu tout puissant et miséricordieux**

Mon Dieu je ne cesserai de te rendre grâce pour tous les bienfaits et bénédictions dont tu me comble, je ne suis rien sans toi, tu es ma force, mon guide et mon protecteur, merci infiniment mon Dieu quel bonheur d'être ton enfant. Seigneur que dans l'exercice de ma fonction je sois toujours inspiré et guidé par ton onction, à toi mon Dieu je m'en remets à toi, qu'il me soit fait selon ta volonté.

- **A mon papa KAMGING Michel**

Papa à toi je te dédie ce travail. Tu m'a toujours dit peu importe ce que tu fais dans la vie fais le bien, après l'effort viens le confort, le souci que tu as accordé à mon éducation, a suscité en moi la détermination dans le travail. Papa soit béni au Dieu tout puissant et miséricordieux.

- **A ma maman SIMO KAM Hortense Beatrice**

C'est par toi que je suis venu au monde, comblé par ton amour j'ai grandi au fil du temps, toi qui aime souvent m'appeler "fils" ; maman voici le fruit de tant d'année de travail, qui est en fait l'accomplissement de tant de sacrifices, de conseils, de confiance, d'amour venant de toi, grâce à ton éducation j'ai pu braver les épreuves de la vie. Maman d'avoir fait de moi l'homme que suis devenu aujourd'hui, que le Seigneur te comble de ses grâces.

- **A ma tante maman SAMOU KAM Rosine Solange**

Comme une mère tu as toujours veillé à ce que mon éducation soit parfaite, ton amour et ta générosité sont remarquable, tu t'es toujours battu corps et âme pour ma réussite et par ce document j'aimerais te remercier pour tous ce que tu fais pour moi, que le Seigneur te comble de ses grâces, soit béni.

- **A mon oncle KAM KENMOGNE Jean-René**

Tonton, le temps que j'ai passé avec toi m'a permis de comprendre certaines lois et valeurs de la vie, ton bon sens et ton esprit méthodique force l'admiration, merci de m'avoir, pris comme ton fils car à tes cotés j'ai beaucoup appris. Que le Seigneur t'accorde santé, longévité et succès.

- **A ma grande sœur Dr. WOTCHUENG Dorine Christelle**

ETUDE DES CONNAISSANCES DES ETUDIANTS DE LA FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE DE BAMAKO SUR L'HEPATITE B

Comme une mère tu as veillé sur moi depuis ma première année, tu t'es tellement sacrifié pour moi, les yeux pleins de larmes je t'adresse ici l'expression de l'admiration et de la considération que je te porte, merci pour ce que tu fais pour moi.

- **A mon grand frère KOUAM KAMGAING Franck Steve**

De par ton expérience, ta détermination tu a toujours su me canaliser, me conseiller, toi qui n'a jamais cessé de me soutenir merci, qu'il est agréable de t'avoir comme frère.

Remerciements

- **A mon pays d'accueil le Mali**

Ma Seconde patrie, terre d'adoption et d'hospitalité; merci pour l'enseignement que vous m'avez donné. L'amour et la solidarité dont vous faites preuve ne cesse de rendre mon séjour agréable dans ce beau pays.

- **A toutes la famille KAM Samuel et la famille DEMGNE Martine**

Depuis tout petit vous m'avez porté dans vos bras, vous m'avez aidé à grandir et vous avez contribué à mon éducation pour que je devienne utile à la société, ce diplôme de doctorat je vous le dédie, que le Seigneur nous garde dans la paix, la santé, et la prospérité.

- **A ma famille de Bamako (Tata Rosine Tchemeu, Tata Isabelle, Tata aderine)**

Vous êtes mes mamans chéri, les mots sont insuffisant pour décrire tout ce que vous aviez fait moi, infiniment merci soyez bénit au nom du Seigneur.

- **A mes amis BAHOKEN Raoul, SALE LELE Lydienne et OMAN Prudence**

Plus que des amis vous êtes une famille, ensemble on a vécu des hauts et des bas mais on a toujours su garder notre esprit de solidarité, et chacun a toujours pousser l'autre à devenir une meilleure personne, notre complémentarité est notre force, merci de m'avoir soutenu.

- **Au personnel du SMIT (Service des Maladies Infectieuses et Tropicales) du CHU du Point G**

Le SMIT, les mots me manquent pour décrire cette merveilleuse aventure qu'on a passé ensemble, un service où règne la convivialité, la tolérance et surtout la bonne humeur, j'ai appris tellement de chose au service, pas seulement dans le domaine médicale, mais aussi dans le sociale. Que de beau pour le personnel de santé de mettre l'humain au centre de ses préoccupations. Merci pour tout.

ETUDE DES CONNAISSANCES DES ETUDIANTS DE LA FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE DE BAMAKO SUR L'HEPATITE B

- **A mon groupe d'étude (Jaurel MONKAM, Willy FOPOUSSI, Pamela TEKAM, Danielle POKAM, Marcelle TAYUE, Carole MAKOUNGOU)**

Je me rappelle quand on fondait ce groupe d'étude les aînés nous disaient nous sommes trop nombreux, c'est voué à l'échec, mais sachant notre détermination nous nous sommes donnés corps et âme et la réussite nous a souri. Que notre détermination dans le travail ne fléchisse jamais, bonne carrière à nous.

- **A FOKO Rudovick**

Plus qu'un promotionnaire, tu es un grand frère qui a toujours veillé sur moi, ton bon sens et ton sens de la responsabilité force le respect, reçois l'expression de ma gratitude.

- **A mes enfants de Bamako (Danielle, Tania NGUEPI, Ignace KANA, Aubrey, Florian, Victoire, Franck, Arcel, Germaine)**

Vous êtes une fierté, aussi jeune que déterminé, dynamique et clairvoyant malgré les épreuves vous n'avez jamais baissé les bras, continuer à travailler dur, car le succès arrive au bout de l'effort, que le Seigneur vous comble de ses grâces.

- **A l'AEESCM (Association des élèves, étudiants et stagiaires camerounais au Mali)**

Quelque fierté pour moi d'appartenir à cette communauté, qui veille au confort et au droit de l'étudiant camerounais, merci de toujours vous donner corps et âme pour le bonheur des étudiants.

- **A la promotion ALSACE (Allons Loyalement Solidairement Avec Courage vers Excellence)**

Alsace, ma famille je garde de vous tous ces bons moments qu'on a passés ensemble, c'est notre polyvalence qui fait notre force. Je suis alsacien et fier de l'être, merci ALSACE.

- **A La troupe "LES PARANOS"**

Une famille à mourir de rire, ensemble nous avons vécu tellement d'aventures que je n'oublierais jamais, quel bonheur de voir que nos œuvres ont rendu tant de personnes aussi heureuses. Merci pour tout.

**ETUDE DES CONNAISSANCES DES ETUDIANTS DE LA FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE DE BAMAKO SUR L'HEPATITE B**

- **AU MIEC/MALI**

Option préférentiel pour les pauvres, une devise qui définit bien ce mouvement dans lequel j'ai pu vivre ma vie de jeune chrétien en me déployant dans la société pour aider mon prochain, avec vous j'ai appris à me découvrir, merci pour les formations que j'ai reçues, je remercie les aumôniers et tous les miecistes du Mali, pour la confiance que vous m'accordé.

- **A ma cour (Derrick, Junior, Arthur, Raphael, Germain, Franck kace, Kevin, Stallone, Florence, Kévine, la famille Diarra)**

Votre accueil et votre hospitalité est sans égale, ensemble nous avons vécu comme en famille, la solidarité, le partage, la patience et la compréhension ont meublés notre séjour, merci d'avoir rendu mon séjour agréable.

- **A tous ceux et celles qui m'ont soutenu de prêt ou de loin**

Les mots me manquent pour vous exprimer toute ma gratitude, car vous êtes tellement nombreux à avoir cru en moi, à m'avoir assisté et soutenu quand j'avais le plus besoin, je vous dis infiniment merci que le Seigneur vous rende cela au centuple.

**Hommage aux
membres du**

HOMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre chers maitre et président jury :

Professeur Flabou BOUGOUDOGO

- ❖ **Pharmacien microbiologiste**
- ❖ **Professeur honoraire en bactériologie et virologie à la faculté de pharmacie (FAPH)**
- ❖ **Ancien directeur de l'Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP) de 2002 à 2012 ;**
- ❖ **Responsable de l'enseignement de la bactériologie et de la virologie à la faculté de pharmacie ;**
- ❖ **Officier de l'ordre du mérite de la Santé.**

Honorable Maître,

C'est un grand plaisir que vous nous faites en acceptant de présider ce jury de thèse, malgré vos multiples occupations. Votre modestie, votre simplicité, votre rigueur scientifique et vos qualités de chercheur font de vous un des maitres les plus appréciés de la faculté. Veuillez accepter cher maitre, nos sentiments d'estime, de respect et de reconnaissance.

**ETUDE DES CONNAISSANCES DES ETUDIANTS DE LA FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE DE BAMAKO SUR L'HEPATITE B**

A notre Maitre et directeur de thèse :

Professeur Soukalo DAO

- ❖ **Professeur titulaire des Maladies Infectieuses et Tropicales**
- ❖ **Responsable de l'ensemble des Maladies Infectieuses à la FMOS**
- ❖ **Coordinateur du Diplôme d'Etudes Spécialisées de Maladies Infectieuses et Tropicales**
- ❖ **Investigateur clinique au Centre Universitaire de Recherche Clinique UCRC/SEREF0**
- ❖ **Président de la Société Malienne de Pathologie Infectieuse et Tropicale (SOMAPIT)**
- ❖ **Membre du collège Ouest Africain des Médecins**
- ❖ **Membre de la Société Africaine de Pathologie Infectieuse(SAPI)**
- ❖ **Chef du service des Maladies Infectieuses et Tropicales du CHU du Point G**

Cher Maître

Nous tenons à vous déclarer nos remerciements les plus sincères pour avoir accepté de diriger ce travail. Comme un père vous nous aviez bien accueillis dans le service, votre amour du travail bien fait restera à jamais notre valeur .Nous garderons un excellent souvenir de votre sollicitude, de votre dévouement au travail, et surtout de votre soucis pour la formation des étudiants. Qu'il nous soit permis cher maître, de vous exprimer notre grande estime et notre profonde reconnaissance. Votre bonté humainement appréciée, vos compétences et vos qualités humaines n'ont cessé de susciter notre grande admiration. Veuillez trouver ici, l'assurance de nos sentiments les plus respectueux.

**ETUDE DES CONNAISSANCES DES ETUDIANTS DE LA FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE DE BAMAKO SUR L'HEPATITE B**

A notre maitre et co-directeur :

Docteur Jean-Paul DEMBELE

- ❖ **Médecin infectiologue**
- ❖ **Maître-assistant à la FMOS**
- ❖ **Praticien hospitalier au CHU du Point G**
- ❖ **Membre du conseil d'administration du CHU du Point G**
- ❖ **Membre de la Plateforme « Une seule Santé »**
- ❖ **Secrétaire aux relations extérieures et aux affaires sociales de la Société
Maliennne de Pathologie Infectieuse et Tropicale (SOMAPIT)**
- ❖ **Membre de la Société Africaine de Pathologie Infectieuse (SAPI)**

Cher maître,

Votre rigueur dans le travail, votre disponibilité, votre simplicité, et l'attention particulière que vous portez à la formation des étudiants et surtout votre pragmatisme, nous ont impressionnées et continuent d'ailleurs à nous édifier.

Nous ne cesserions jamais de vous remercier. Nous sommes plus que satisfaits d'avoir appris à vos côtés. Recevez par ce travail, l'expression de notre admiration et de notre profond respect.

**ETUDE DES CONNAISSANCES DES ETUDIANTS DE LA FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE DE BAMAKO SUR L'HEPATITE B**

A notre maitre et membre du juge :

Docteur Deborah sanra SANOGO, Epouse SIDIBE

- ❖ **Maître assistante à la FMOS,**
- ❖ **Spécialiste en hépato- gastro-entérologie,**
- ❖ **Médecin praticien au CHU du Point G.**
- ❖ **Membre de la Société Malienne des Maladies de l'Appareil Digestif
(SOMMAD)**

Cher maitre

Nous avons été touchés par la promptitude avec laquelle vous avez répondu à notre sollicitation pour juger ce travail. Votre disponibilité, votre rigueur dans le travail, votre précision et votre concise force l'admiration. Toutes ces valeurs sont pour nous un idéal à suivre. Nous vous prions de bien vouloir, cher Maitre, accepter le témoignage de notre profonde reconnaissance.

Tableaux et figures

SIGLES ET ABREVIATIONS

AgHBs : Antigène HBs

PVVIH : Personne vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine

AES : Accident d'exposition au sang

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

ADN : Acide Désoxyribonucléique

VHB : Virus de l'Hépatite B

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PEV : Programme Elargi de Vaccination

IgM : Immunoglobuline M

IgG : Immunoglobuline G

ASAT : Aspartate amino transférase

ALAT : Alamine amino transférase

IST : Infection Sexuellement Transmissible

ELISA : Enzyme linked immuno-sorbant assay

GGT : Gamaglutamine transpeptidase

CHC : Carcinome hépatocellulaire

VHC : Virus de l'Hépatite C

Liste des tableaux

Tableau 1: Profil des marqueurs sériques au cours de l'infection au VHB.....	20
Tableau 2: Répartition des étudiants en fonction de l'âge	34
Tableau 3: Répartition des étudiants en fonction de leur source d'information sur l'hépatite B.....	36
Tableau 4: Répartition des étudiants selon leurs connaissances sur les modes de transmission de l'hépatite B.....	38
Tableau 5: Répartition des étudiants selon leurs connaissances sur les modes de contaminations de l'hépatite B.....	40
Tableau 6: Répartition des étudiants en fonction de leur connaissances sur les complications de l'hépatite B.....	41
Tableau 7: Répartition des étudiants en fonction de leurs connaissances sur les moyens de préventions de l'hépatite B.....	42
Tableau 8: Lien entre le niveau de connaissance de l'hépatite B et le niveau d'étude.....	43
Tableau 9: Lien entre l'âge et le niveau de connaissance de l'hépatite B.....	44

Liste des figures

Figure1: Distribution géographique de la prévalence du virus de l'hépatite B.....	5
Figure 2: Organigramme de la faculté de médecine et d'odontostomatologie de Bamako.....	31
Figure 3: Répartition des étudiants en fonction du sexe.....	34
Figure 4: Répartition des étudiants selon leur niveau d'étude.....	35
Figure 5: Répartition des étudiants en fonction de leur connaissance ou non de l'hépatite B.....	35
Figure 6: Répartition des étudiants en fonction de leur connaissance de l'agent pathogène de l'hépatite B.....	37

Sommaire

SOMMAIRE

Introduction.....	1
I- Objectifs.....	3
II- Généralités.....	4
III- Méthodologie.....	31
IV- Résultats.....	34
V- Commentaires et discussions.....	45
VI- Conclusion.....	49
VII- Recommendations.....	50
VIII- References bibliographiques.....	51

Introduction

INTRODUCTION

L'hépatite B est une infection virale potentiellement mortelle causée par un virus hépatotrope : le virus de l'hépatite B (VHB) qui s'attaque au foie. Elle est caractérisée par une souffrance hépatocellulaire inflammatoire et des altérations hépatocytaires dégénératives à type de cytolyse surtout de fibrose et de nécrose [1]. L'infection par le virus de l'hépatite B constitue un véritable problème de santé publique dans plusieurs régions du globe terrestre, par sa fréquence, ses complications et ses conséquences socio-économiques. En 2015, l'OMS estimait que 257 millions de personnes vivaient avec une hépatite B chronique (définie comme une affection positive pour l'antigène de surface de l'hépatite B) [2]. Cette même année, l'hépatite B avait provoqué, selon les estimations, 887000 décès, principalement due aux complications par cirrhose ou par carcinome hépatocellulaire (cancer primitif du foie). Selon des études menées à Bamako, l'antigène HBs (Ag HBs) a été retrouvé chez 55 à 71 % des patients cirrhotiques et chez 55 à 66,2 % des patients atteints de carcinome hépatocellulaire [3]. En 2017, 1,1 millions de personnes ont été nouvellement infectées par le virus de l'hépatite B. L'Afrique Subsaharienne, avec un taux de prévalence compris entre 8 et 18%, constitue une zone de haute endémicité [4]. Au Burkina Faso, plusieurs études conduites sur l'hépatite B rapportent des taux allant de 9 à 18% en fonction des groupes à risque [4]. Au Mali, des études réalisées à Bamako dans la population générale et chez les donneurs de sang ont rapporté une prévalence du portage de l'Ag HBs respectivement à 14,7 % et 14,9 % [5]. En 2016, 27 millions d'individus (10,5% de la population totale estimée de personnes vivant avec l'hépatite B) avaient connaissance de leur infection, tandis que 4,5 millions (16,7%) des personnes diagnostiquées étaient sous traitement. La plupart des personnes contaminées par les virus des hépatites ignorent leur statut. Elles sont néanmoins exposées à un risque élevé de développer une maladie chronique grave du foie et peuvent transmettre sans le savoir l'infection à autrui [6]. En effet, la contagiosité

**ETUDE DES CONNAISSANCES DES ETUDIANTS DE LA FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-
STOMATOLOGIE DE BAMAKO SUR L'HEPATITE B**

élevée du virus de l'hépatite B est liée à sa présence dans la majorité des liquides biologiques : sang, sperme, sécrétions vaginales et même en moindre proportion dans la salive. C'est pour cela que l'OMS range ce virus, au même titre que le VIH, parmi les dix principales causes de décès par maladie infectieuse avec 1-2 millions chaque année liés aux complications [7]. Le virus de l'hépatite B est 50 à 100 fois plus infectant que le VIH et représente un important risque professionnel pour les agents de santé des pays en voie de développement [8]. En effet, lors d'un accident d'exposition au virus d'origine sexuelle le taux de séroconversion pour le VIH est estimé à 1% après un rapport anal réceptif et 0,1% après un rapport vaginal ; alors que pour le virus de l'hépatite B le risque de séroconversion est d'environ 40% [9]. Le Programme Elargi de Vaccination (PEV) mis en place en Août 1981 par le Gouvernement du Mali, fut remanié en 1985 pour protéger les enfants avant l'âge d'un an contre la poliomyélite, la tuberculose, la rougeole, la diphtérie, la coqueluche, le tétanos, la fièvre jaune, l'hépatite B et plus récemment *Haemophilus Influenzae B* [10]. Pour assurer cette couverture vaccinale des séances de sensibilisation sont incluses dans les consultations prénatales pour éduquer les femmes sur les maladies incluses dans le Programme Elargi de Vaccination et pour les encourager à faire vacciner leurs enfants et à respecter le calendrier vaccinal. Malgré ce Programme Elargi de Vaccination le portage de l'antigène HBs dans la population reste élevé, ce qui soulève notre interrogation par rapport à la population la jeunesse estudiantine ; sur leur niveau de connaissance sur l'hépatite B, d'où l'intérêt de notre étude.

Objectifs

I. Objectifs

A. Objectif général

Etudier les connaissances, attitudes et pratiques des étudiants de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie de Bamako sur l'hépatite B.

B. Objectifs spécifiques

1. Décrire les connaissances des étudiants de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie de Bamako sur les modes de transmission du virus de l'hépatite B.
2. Décrire les connaissances des étudiants de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie de Bamako sur les moyens de prévention de l'hépatite B.
3. Décrire les connaissances des étudiants de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie de Bamako sur les moyens de prise en charge de l'hépatite B.

Généralités

I. Généralités

1.1. Définition

L'hépatite B se définit comme une inflammation du parenchyme hépatique associée à une nécrose hépatocytaire et parfois à une cholestase qui sont dues à un virus hépatotrophe alphabétique B [11].

1.2. Epidémiologie

1.2.1. Situation dans le monde

En 2015, l'OMS estimait que 257 millions de personnes vivaient avec une hépatite B chronique. On distingue schématiquement trois zones d'endémicité d'hépatite dans le monde :

- Des zones de forte endémicité où le portage de l'antigène HBs était supérieur à 8% de la population générale telles que l'Afrique intertropicale, la Chine, et l'Asie du Sud-Est.
- Des zones d'endémicité intermédiaire où le portage de l'antigène HBs était compris entre 2% et 8% de la population générale telles que les pays du bassin de la méditerranée ;
- Des zones de faible endémicité où le portage de l'antigène HBs était inférieur à 2% de la population générale telles que l'Amérique du Nord [12].

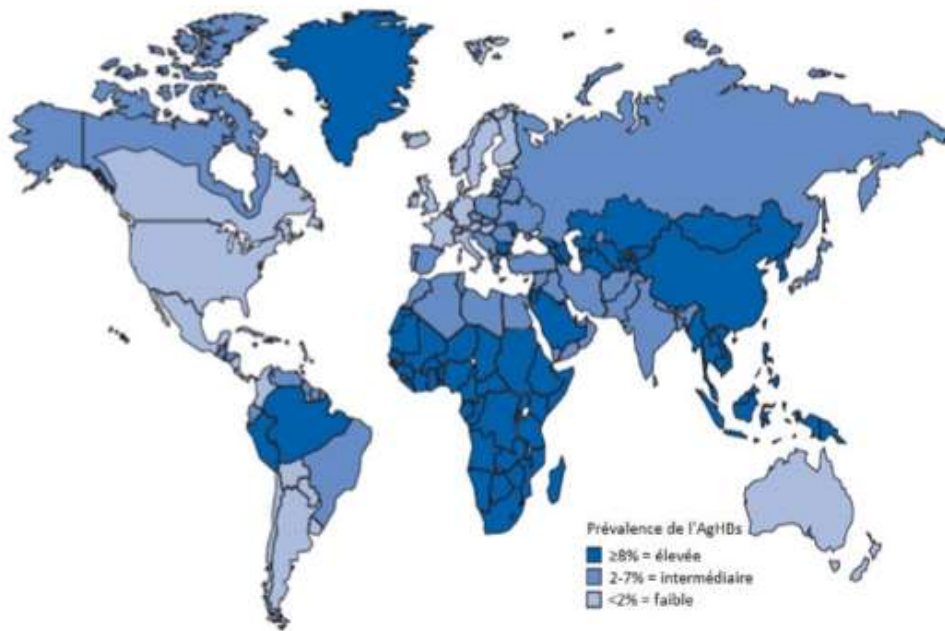


Figure 1 : Distribution géographique de la prévalence du virus de l'hépatite B [12].

1.2.2. Situation en Afrique

En Afrique on distingue deux zones de prévalence différentes, d'une part l'Afrique Subsaharienne qui fait partie de la zone de forte endémicité où la prévalence de l'infection était supérieure à 8 % de la population générale. D'autre part, l'Afrique du Nord (Maghreb) qui fait partie de la zone de moyenne endémicité où la prévalence de l'infection est de 2 à 7% [13].

1.2.3. Situation au Mali

Au Mali, des études réalisées à Bamako dans la population générale et chez les donneurs de sang ont rapporté une prévalence du portage de l'Ag HBs respectivement à 14,7 % et 14,9 % [5]. Cette prévalence élevée place le Mali selon l'OMS, dans une zone de forte endémicité pour le virus de l'hépatite B (prévalence supérieure à 8%) [14].

1.3. Caractéristiques du virus de l'hépatite B

Le virus de l'hépatite B est un virus à ADN, de la famille des Hépadnavirus. La forme complète circulante infectieuse du virus de l'hépatite B s'appelle : particule de DANE. C'est une particule sphérique de 42 à 47 nanomètres de diamètre.

**ETUDE DES CONNAISSANCES DES ETUDIANTS DE LA FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-
STOMATOLOGIE DE BAMAKO SUR L'HEPATITE B**

Elle comporte les éléments suivants :

- Une enveloppe lipoprotéique qui comporte l'antigène de surface du virus de l'hépatite B (Ag HBs). Celui-ci est composé des protéines pré S1 et pré S2.
- Une nucléocapside centrale (Core) qui porte les antigènes Hbc et Hbe. Cette nucléocapside protège le génome d'ADN double brin et d'ADN polymérase, enzyme qui permet la réplication virale.

En plus de la particule de DANE, il y a dans le sérum d'autres types de particules qui sont des formes incomplètes de l'enveloppe, ce sont des particules qui portent seulement sur l'Ag HBs ce sont :

- Des petites particules sphériques qui ont environ 16 à 25 nanomètres.
- De forme filamenteuse ou tubule qui ont environ 22 nanomètres de diamètres.

Le génome comporte quatre (4) régions codant pour les protéines qui constituent le virus de l'hépatite B :

- La région S précédée de la région pré S1 et pré S2 : codant pour l'enveloppe (Ag HBs).
- La région C codant pour la capsid Ag Hbc et Ag Hbe.
- La région P codant pour l'ADN polymérase qui assure la réplication virale.
- La région x qui a probablement une action dans la transaction de la réplication virale.
- L'enveloppe extérieure du virus contient des protéines qui protègent la structure virale, et lui permettent de pénétrer dans les cellules cibles. Ces particules ne sont pas infectieuses et sont composées de lipides et de protéines qui font partie de la surface du virion qu'on appelle l'antigène de surface (Ag HBs) et qui est produit en excès pendant la durée de vie du virus. La longueur du génome varie selon le sous type du virus de l'hépatite B. Il existe quatre (4) sous types dont la prévalence varie en fonction des régions. Un déterminant antigénique est commun aux différents sous types. Deux paires de déterminants exclusifs sont associées au déterminant « a » définissant les sous types suivants : adw, adr, ayw, ayr. Les

déterminants sont liés à des mutations nucléotidiques d'une région immunologiquement compétente de l'Ag HBs [15].

1.4. Modes de transmission et populations exposées [16, 17]

1.4.1. Modes de transmission :

La transmission du VHB est liée à la présence dans la plupart des liquides biologiques des personnes infectées (sang, sperme, sécrétion vaginale et à des concentrations plus faibles dans la salive). Il existe quatre modes principaux de transmission du VHB :

- **Les relations sexuelles non protégées [18]**

L'infection par le VHB fait partie des infections sexuellement transmissibles (IST). La transmission sexuelle du virus de l'hépatite B est démontrée. Le virus de l'hépatite B se transmet facilement par des rapports sexuels non protégés avec une personne porteuse de l'antigène du virus de l'hépatite B. Le risque de contamination par voie sexuelle peut varier de 30 à 80 %. Le risque augmente avec le nombre de partenaires sexuels, les années d'activité sexuelle, les autres infections sexuellement transmissibles (IST) et le type de rapport notamment les rapports anaux réceptifs.

- **Contact direct ou indirect avec du sang infecté**

La transmission du VHB peut se faire lors des risques professionnels et nosocomiaux tels que : les piqûres, les contacts des muqueuses avec du matériel souillé insuffisamment décontaminé ; l'usage des drogues par voie intraveineuse ou par voie nasale ; les actes avec effraction cutané tels que les piercings, les tatouages en l'absence de règles strictes d'hygiène.

- **La transmission mère-enfant**

La transmission mère-enfant existe (entre 25 et 90 % en fonction de la virémie chez la mère et en l'absence de séroconversion à la naissance) [16]. Elle se fait essentiellement au moment de l'accouchement si la mère est porteuse chronique. Les taux de prévalence de l'hépatite B chronique dans la population sont plus élevés en Afrique et en Asie où l'infection a lieu principalement dans l'enfance ou la période périnatale [19].

- **Les contacts étroits avec l'entourage**

Les personnes vivant en contact avec un sujet infecté (essentiellement intra familiaux) sont susceptibles d'être contaminées le plus souvent par excoriations cutanées ou par l'intermédiaire d'objets de toilette piquants ou coupants (rasoir, coupe-ongles, brosse à dents).

1.4.2. Populations exposées [20]

Les personnes considérées comme à risque de contracter le VHB sont les suivantes :

- Les personnes nées ou ayant résidées dans les régions de forte endémicité (Afrique Subsaharienne, Asie) et moyenne endémicité (Europe de l'Est et du Sud, moyen Orient, sous-continent indien, Amérique du Sud, Afrique du Nord)
- L'entourage proche et les partenaires sexuels d'une personne porteuse du VHB.
- Les usagers de drogues par voie intraveineuse ou intra nasale.
- Les patients susceptibles de recevoir des transfusions massives ou itératives.
- Les voyageurs et les personnes susceptibles de résider dans les régions de forte ou moyenne endémicité.
- Adultes et enfants accueillis dans les institutions psychiatriques.
- Les personnes séropositives pour le VIH, VHC ou ayant une infection sexuellement transmissible en cours ou récente.
- Les personnes ayant un piercing ou un tatouage.
- Les personnes séjournant ou ayant séjournées en milieu carcéral.
- Les personnes ayant des rapports sexuels avec des partenaires multiples.
- Les personnes ayant un risque d'exposition professionnelle

1.5. Physio-pathogénie [21]

L'effet cytopathogène du VHB est faible.

Les lésions sont secondaires à des réactions immunologiques à médiation surtout cellulaire. Le degré de cette réponse immunitaire est très déterminant dans l'évolution de la maladie.

Cette physiopathologie explique la possibilité des lésions hépatiques de gravité très variable suivant les individus. Il faut distinguer des facteurs viraux et des mécanismes immunologiques.

- Facteurs viraux : il existe deux phases dans l'infection par le VHB :
 - la réplication virale complète marquée par la présence de l'ADN virale B et de l'Ag HBe,
 - la phase d'intégration de l'ADN du VHB à l'ADN cellulaire marquée par une normalisation des transaminases, l'apparition de l'Anticorps anti -Hbe et une baisse du titre d'Ag HBs.
- Mécanismes immunologiques : l'hépatite aiguë bénigne reflète une réponse immunitaire adaptée qui entraîne la nécrose des hépatocytes infectés et l'élimination du virus. Il y a un rejet immunologique des hépatocytes infectés. Les cellules impliquées sont LT (Lymphocyte T), NK (Naturel killer). La cytotoxicité T va de pair avec l'expression d'Ag de classe I du complexe majeur de l'histocompatibilité par les hépatites. Une cytotoxicité humorale dépendant du complément semble également possible. L'hépatite aiguë fulminante est témoin d'une réponse immunitaire trop forte et inadaptée qui induit une nécrose hépatocytaire massive. L'Ag HBs est faible car rapidement éliminé, l'apparition de l'Ac anti-HBs est précoce. La réponse immunitaire peut être faible et adaptée se traduisant par une infection asymptomatique évoluant vers la guérison. Le portage asymptomatique correspondant à un phénomène de tolérance immune sans nécrose hépatocytaire, le portage chronique du virus avec hépatite chronique où la réponse immunitaire existe mais insuffisante pour éliminer le virus.

1.5.1. Histoire naturelle de la maladie [12]

L'histoire naturelle de l'hépatite B est bien plus complexe car elle est très polymorphe. On distingue les formes à savoir :

- ✚ Hépatite virale B aiguë : dans la forme habituelle, la durée d'incubation varie de 1 à 3 mois. Elle est en général asymptomatique dans la petite enfance et

symptomatique chez 30 à 50 % des adultes. Cela signifie aussi qu'elle reste en général méconnue et qu'elle est souvent découverte au cours d'un examen systématique. Quand elle est symptomatique on distingue une phase pré-ictérique de 3 à 7 jours (nausées, asthénie, anorexie, parfois fièvre, arthralgies, urticaire), puis apparaît un ictère qui peut durer 2 à 3 semaines. La biologie est très importante pour en suivre l'évolution ; en effet la persistance de l'Ag HBs au bout de six mois, signifie un passage à la chronicité. Il existe d'autres formes aiguës telles que les formes cholestatiques prolongées, les formes à rechutes, les hépatites fulminantes (très grave).

Formes fulminantes

L'hépatite grave (fulminante) est définie par l'apparition d'une encéphalopathie hépatique associée à une diminution du facteur V (<50%) survenant dans les 15 premiers jours de l'ictère. Selon l'hypothèse physiopathologique ces formes fulminantes seraient dues à une réponse immune exacerbée, entraînant une destruction massive des hépatocytes infectés. Si l'intervalle entre l'ictère et encéphalopathie est inférieur à 02 semaines on parlera d'hépatite fulminante ; et si cet intervalle est entre 02 semaines et 03 mois on parlera d'hépatite subfulminante. Les hépatites fulminantes représentent 1 % des hépatites virales B et l'évolution est rapide et mortelle dans 80 % des cas en absence de transplantation hépatique.

Formes chroniques

Le passage à la chronicité est défini par la persistance de l'antigène HBs, de l'antigène HBe, et des titres élevés d'ADN du VHB six mois après l'infection aiguë. Il est coutume de dire qu'il y a un risque de passage a la chronicité de 5 à 10 % chez les adultes immunocompétents de moins de 50 ans. Il est beaucoup plus élevé dans les autres tranches de la population : de 70 à 90 % chez les enfants nés de mères infectées, de 20 à 30 % chez les enfants infectés avant 5 ans, de 30 % chez les adultes de plus de 50 ans et de 30 à 100 % chez les sujets immunodéprimés. Le passage à la chronicité peut évoluer vers :

- Un portage chronique asymptomatique de l'Ag HBs. Cette situation concerne un tiers des porteurs chroniques de l'Ag HBs. Elle associe une absence de symptômes et de répllication virale détectable dans le sérum et des transaminases strictement normales. Le pronostic est en général favorable mais une surveillance biologique semestrielle est nécessaire.
- Hépatite chronique définie par la persistance de l'Ag HBs pendant plus de six mois associés à une élévation des transaminases. Elle est le plus souvent asymptomatique, avec parfois une asthénie ou des douleurs de l'hypochondre droit, l'examen clinique est peu contributif.

L'histoire naturelle de cette forme chronique a été schématisée en 4 phases :

- ❖ Phase d'immunotolérance : forte multiplication virale et faible activité biologique et histologique, correspondant à une réponse immune faible ou nulle.
- ❖ Phase de rupture de tolérance après plusieurs années d'évolution : réponse immunitaire forte favorisant l'apparition de fibrose. Celle-ci peut aboutir à une cirrhose dans 10 à 20 % des cas.
- ❖ Elle peut aussi se terminer par un arrêt de la multiplication virale et une séroconversion HBe, ce qui signifie la disparition de l'activité de l'hépatite.
- ❖ Phase de non-répllication virale, contagiosité faible, disparition de l'activité nécrotico-inflammatoire hépatique. A ce stade il peut exister une cirrhose ou un cancer du foie. Il est nécessaire de surveiller le taux d'alphafoetoprotéine et l'échographie du foie tous les 6 mois. Cette phase peut aboutir à la guérison de l'hépatite ou à une quatrième phase de réactivation virale.

L'évaluation de ces différentes formes n'est pas facile et il faut en général un suivi de plusieurs mois pour différencier une hépatite aiguë, un portage chronique inactif et une hépatite chronique.

1.5.2. Les signes [11]

L'hépatite aiguë B est le plus souvent asymptomatique dans 90 % des cas. L'hépatite aiguë B est grave dans un cas sur mille et devient chronique dans moins d'un cas sur dix.

1.5.3. Type de description : Hépatite ictérique aiguë commune de l'adulte

➤ Le début ou phase pré ictérique

Dans la forme typique après une incubation qui dure environ dix semaines, survient une phase pré-ictérique de 3 à 7 jours environ. Elle est caractérisée par :

- Un syndrome pseudo-grippal avec une asthénie souvent intense, une fièvre en règle générale modérée à 38 – 38,5°C avec parfois des frissons, des myalgies, des arthralgies et des céphalées.
- Des signes digestifs inconstants qui peuvent être des nausées, des douleurs abdominales, et/ou des vomissements.

Rarement une urticaire évocatrice du diagnostic surtout lorsqu'il est associé à des céphalées et des arthralgies (classique triade de Caroli). Les manifestations notées lors de cette phase disparaissent lorsque l'ictère s'installe.

➤ La phase ictérique ou phase d'état

- **Les signes généraux**

- La phase ictérique dure habituellement deux à trois semaines, rarement plusieurs mois, marquée par la persistance de l'asthénie, d'un amaigrissement de deux à trois kilogrammes.

Les signes fonctionnels sont généralement absents à ce stade.

Les signes physiques : l'ictère est d'installation progressive et d'intensité modéré, souvent associé à des urines foncées et des selles légèrement décolorées, le prurit peut être présent. L'examen physique est en général normal en dehors de la possibilité d'une hépatomégalie parfois sensible ; il existe aussi une splénomégalie et des adénopathies dans 25 % des cas.

- **Les signes para cliniques**

A cette phase, les transaminases (ALAT surtout et ASAT) sont élevées (entre 10 et 100 fois la normale). La bilirubinémie est élevée, et est prédominante sur la fraction conjuguée. Les phosphatases alcalines et le Gamma Glutamyl Transpeptidase (GGT) peuvent être élevés en cas de cholestase. Le taux de prothrombine (TP) et le

facteur V peuvent être normaux ou modérément abaissés ; l'Ag HBs et l'anticorps anti-HBc de type IgM sont présents.

1.5.4. L'évolution

Le plus souvent, l'évolution est spontanément favorable avec une disparition de l'ictère en 2 à 4 semaines, une normalisation des transaminases. C'est la disparition de l'Ag HBs et l'apparition de l'anticorps anti-HBs qui signent la guérison. La persistance d'une asthénie peut se prolonger plusieurs mois. La persistance du virus au-delà de six (6) mois, définit le passage à la chronicité qui expose au risque de cirrhose et de carcinome hépatocellulaire.

1.5.5. Les formes cliniques [21, 22,23]

1.5.5.1. Les formes chroniques

L'hépatite virale chronique est définie biologiquement par la persistance d'une élévation des transaminases à plus de six (6) mois après une hépatite aiguë virale. L'hépatite chronique est définie histologiquement par l'existence de lésions hépatiques associant à un degré variable en fonction du stade et de l'activité de la maladie, une nécrose hépatocytaire, un infiltrat inflammatoire constitué de cellules mononuclées et de la fibrose. La chronicité de l'hépatite B se définit classiquement par la persistance de l'antigène HBs, la persistance des transaminases élevées et la persistance de la virémie pendant plus de six (6) mois. Cependant, si dans le cas d'une hépatite aiguë, l'antigène HBs n'a pas disparu au bout de deux (2) mois, il est recommandé de rechercher l'ADN viral et l'antigène HBe. Leur persistance en ce moment, serait un facteur prédictif d'une évolution chronique. Globalement, on estime que 5 à 10 % des personnes infectées par le virus de l'hépatite B, développent une hépatite chronique [24].

➤ Données histologiques

Les lésions histologiques lors des hépatites chroniques virales associent nécrose hépatocytaire, infiltrat inflammatoire et fibrose.

-La nécrose hépatocytaire est focale à prédominance péri portale. La nécrose, lorsqu'elle intéresse les hépatocytes de la lame bordante (c'est-à-dire les

hépatocytes situés au contact de l'espace porte) s'appelle nécrose parcellaire (ou piecemeal necrosis) ; et si elle intéresse des traversées d'hépatocytes réunissant un espace porte et une veine Centro lobulaire s'appelle nécrose en pont (bridging necrosis)

- L'infiltrat inflammatoire est composé de lymphocytes et de macrophages. Il n'y a pas ou peu de polynucléaires neutrophiles (contrairement aux lésions d'hépatite alcoolique aiguë). En cas d'hépatite virale C, des follicules lymphoïdes peuvent être notés.

- La fibrose siège préférentiellement dans la région portale et péri portale, La fibrose est maximale en cas de cirrhose.

Plusieurs indices évaluent de manière semi- quantitative les lésions histologiques dues aux virus des hépatites B, et C. Le plus utilisé sur le plan international est le score de Knodell. Quatre items sont alors pris en compte :

1= Nécrose péri portale/nécrose en pont.

2= Nécrose intra lobulaire.

3= Infiltrat inflammatoire portale.

4= Fibrose.

En France l'index le plus utilisé est le score de METAVIR qui tient compte de l'activité inflammatoire (cotée de 0 à 3 : A0= pas d'activité, A1= activité discrète ; A2= activité modérée, A3= activité marquée) ; et de la fibrose (cotée de 0 à 4 : F0= pas de fibrose, F1= fibrose portale sans septum fibreux, F2= fibrose portale et péri portale avec rares septa fibreux, F3= fibrose portale et péri portale avec de nombreux septa fibreux, F4=cirrhose).

1.5.5.2. Les formes asymptomatiques :

Les formes asymptomatiques de l'hépatite virale B sont les plus fréquentes. Environ 90% des hépatites aiguës B sont asymptomatiques. Le diagnostic est souvent porté à posteriori devant un profil sérologique témoignant d'un contage viral passé inaperçu.

1.5.5.3. Les formes anictériques :

Les formes anictériques sont peu ou même pas symptomatiques. Tous les signes peuvent être présents sauf l'ictère. Elles sont très fréquentes dans environ 90 % des cas. Il faut savoir demander un dosage des transaminases devant les symptômes suivants : le syndrome grippal, l'asthénie, l'anorexie, la douleur abdominale, les arthralgies, les céphalées, le prurit, et l'urticaire. [25].

1.5.5.4. Les formes cholestatiques :

Elles surviennent par occlusion intra hépatique et par trouble de l'écoulement de la bile dans les canalicules biliaires.

L'excrétion de la bilirubine par les hépatocytes est alors perturbée (stase intracellulaire); les cholangioles sont frappées; leur perméabilité est accrue, la bile s'épaissit et des thrombus biliaires se forment. La maladie prend une évolution prolongée et l'ictère persiste des mois : il y a des démangeaisons. Etant donné que les hépatocytes sont peu atteints, les symptômes d'intoxication sont faiblement prononcés.

En cas de cholestase intense, l'ictère et le prurit sont les signes majeurs.

L'ictère est franc, les selles sont complètement décolorées et les urines sont foncées. Les phosphatases alcalines et le Gamma Glutamyl Transpeptidase sont franchement élevés.

1.5.5.5. Les formes avec manifestations extra hépatiques :

Ce sont des formes rares et trompeuses. Les manifestations articulaires surviennent surtout lors de la phase pré-ictérique. On peut voir aussi des arthralgies, parfois des polyarthrites vraies avec des signes objectifs. Il faut insister sur le risque d'aplasie médullaire, une complication rare mais grave qui survient habituellement 2 à 3 mois après le début de l'ictère. Il peut s'agir aussi de polyradiculonévrite, de pancréatite aiguë, de glomérulonéphrite, de péricardite, de thyroïdite [26].

1.5.5.6. Les formes fulminantes :

L'hépatite fulminante est définie par la survenue d'un astérisis, des troubles du comportement, d'une somnolence associée à un taux de prothrombine bas. Dans ce

cas, le malade doit être hospitalisé en milieu spécialisé en vue d'une éventuelle transplantation hépatique. L'incidence des formes fulminantes est inférieure à 1% [27]. Au cours d'une hépatite fulminante, la surveillance du taux de prothrombine (TP) ou temps de Quick doit être systématique ; le taux de prothrombine, le facteur V sont généralement bas et la cytololyse est majeure. Un taux de prothrombine inférieur à 50 %, définit une hépatite sévère.

1.5.5.7. Les formes de l'enfant :

Le tableau revêt le même aspect que chez l'adulte, mais la fréquence du passage à la chronicité du virus de l'hépatite B est plus élevée. La prévalence de l'antigène HBs chez les enfants en milieu scolaire varie de 3 à 17 % [20]. La prévalence significative de l'infection par le virus de l'hépatite B dans cette population, montre l'importance de la transmission du virus pendant l'enfance. [28].

1.5.5.8. Les formes de la femme enceinte

Il n'existe pas de risque d'embryo-fœtopathie mais par contre, il existe un risque de transmission materno-fœtale. La contamination de l'enfant a lieu surtout lorsque l'hépatite aiguë B survient chez la mère au 2ème ou 3ème trimestre de la grossesse. Lorsque la mère a une hépatite chronique virale B, le risque de transmission materno-fœtale est corrélé avec la charge virale au moment de l'accouchement. En pratique, les nouveau-nés de mères porteuses de l'Ag HBs doivent bénéficier systématiquement d'une sérovaccination à la naissance. La prévalence de l'antigène HBs chez les femmes enceintes varie entre 3 et 18 % [23].

1.5.5.9. Hépatite du nouveau-né

Elle se définit comme survenant à la naissance ou dans les trois premiers mois de vie. L'infection se fait en transplacentaire (prénatal), lors de l'accouchement (périnatal) ou après l'accouchement (postnatal). Il peut s'agir d'une hépatite ictérogène simple, soit d'une hépatite anictérique ne se traduisant que par l'apparition de l'antigène HBs dans le sang.

1.5.5.10. Les formes de l'immunodéprimé

Le risque de passage à la chronicité en cas d'hépatite aiguë B chez le patient Co-infecté par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est beaucoup plus élevé. Cette probabilité d'évolution vers la chronicité est inversement corrélée au taux de lymphocytes T CD4 [29].

1.6. Diagnostic positif

Le diagnostic d'une hépatite virale B repose sur l'anamnèse, les examens cliniques et para cliniques. L'interrogatoire recherche toujours un contage et une phase pré-ictérique. Les examens para cliniques comportent des examens biochimiques et sérologiques.

Le diagnostic d'hépatite est posé sur le bilan de la fonction hépatique. Le bilan initial doit inclure : transaminases (ALAT, ASAT), gamma GT, phosphatases alcalines, bilirubine totale, libre et conjuguée, taux de prothrombine.

Le diagnostic d'hépatite virale B est confirmé par la présence de l'antigène de surface (Ag Hbs), et les autres marqueurs notamment l'Ag Hbe, Ac anti-Hbc, le dosage de l'ADN virale permet de quantifier la charge virus.

1.6.1. Les tests virologiques [25]

1.6.1.1. Tests immuno-enzymatiques

La détection ou la quantification des antigènes viraux et des anticorps spécifiques dirigés contre les antigènes dans les fluides est fondée sur l'utilisation des tests immuno-enzymatiques (enzymes immunosorbent assay, EIA). L'antigène ou l'anticorps recherché est habituellement pris en « sandwich » entre deux anticorps lorsqu'il s'agit d'un antigène et entre un antigène et un anticorps lorsqu'il s'agit d'un anticorps. Ces méthodes sont rapides, faciles à utiliser, automatisables et de ce fait, permettent de traiter un grand nombre d'échantillons. On distingue des techniques qualitatives qui permettent d'indiquer la présence ou l'absence de l'analyte et des techniques quantitatives qui permettent d'évaluer avec précision la quantité d'analytes dans le fluide biologique. La détection d'antigènes ou des anticorps se fait sur le sérum et éventuellement sur le plasma.

1.6.1.2. Test rapides d'orientation diagnostique (TROD)

Le principe du TROD est simple, il permet la capture d'analytes (antigène ou anticorps) sur une surface solide. Dans un deuxième temps, l'interaction de ces analytes avec des peptides synthétiques dans le cas de la détection d'anticorps ou des immunoglobulines spécifiques. Dans le cas de la détection d'antigènes, il permet une détection à l'œil nu, généralement sous forme de trait de couleur. Une bande contrôle permet de valider le test. Il existe plusieurs technologies, la plus utilisée est l'immuno-chromatographie. Ces TROD utilisent le « point-of-care testing (POCT) » qui est une alternative au prélèvement de sang veineux au pli du coude. Dans ce dernier, la matière biologique est prélevée aux endroits tels que le liquide cravulaire entre le sillon de la gencive et de la lèvre, le sang total capillaire prélevé au bout du doigt.

1.6.1.3. Le papier buvard (dried blot spot)

Il permet de recueillir le sang et de le conserver sous forme desséchée. Une fois séchés à température ambiante, les prélèvements peuvent être acheminés par voie postale puis conservés rigoureusement à -20 C afin de ne pas altérer la qualité des acides nucléiques en vue des analyses moléculaires. Le papier buvard permet la détection des antigènes et des anticorps ainsi que des acides nucléiques.

1.6.1.4. La réaction de polymérisation en chaîne (Polymerase chain reaction)

Elle est utilisée pour la quantification et la détection des génomes viraux. Les génomes viraux sont détectés et quantifiés à l'aide de méthodes d'amplification de la cible.

1.6.1.5. Les différents profils sérologiques des tableaux cliniques au cours d'une infection par le VHB [15]

Les différentes situations sérologiques de l'infection par le VHB sont résumées dans le tableau suivant :

L'antigène de surface de l'hépatite B est le plus souvent utilisé pour le dépistage de cette infection. Il est le premier antigène viral détectable à apparaître au cours de l'infection. Toutefois, au début de l'infection, cet antigène peut ne pas encore être

**ETUDE DES CONNAISSANCES DES ETUDIANTS DE LA FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-
STOMATOLOGIE DE BAMAKO SUR L'HEPATITE B**

présent et il peut être indétectable plus tard dans le cours d'évolution de l'infection car il est éliminé par le patient. Le virion infectieux contient un noyau le "core" réceptacle du génome viral. Le core est une particule icosaédrique contenant 180 à 240 exemplaires d'une protéine, connue sous le nom d'Antigène du core du virus de l'hépatite B, ou Ag HBc. Au cours d'une "fenêtre" pendant laquelle l'hôte reste infecté mais se défend avec succès contre le virus, les anticorps IgM contre l'antigène du core du virus de l'hépatite B (IgM anti-HBc) peuvent être la seule trace sérologique de la maladie. Peu de temps après l'apparition de l'Ag HBs, un autre antigène nommé antigène (Ag HBe) apparaît. Traditionnellement, la présence de l'Ag HBe dans le sérum est associée à un taux beaucoup plus élevé de réplication virale et à un renforcement de l'infectuosité. Toutefois, certaines variantes du virus de l'hépatite B ne produisent pas l'antigène « e », aussi cette règle n'est-elle pas toujours vérifiée. Pendant le cours de l'évolution naturelle d'une infection, l'Ag HBe peut être éliminé, et des anticorps contre l'antigène (anti-HBe) apparaîtront immédiatement après. Ce changement est généralement associé à une baisse spectaculaire de la réplication virale [15].

Tableau I : Profil des marqueurs sériques au cours de l'infection au VHB [15].

	Ag HBs	IgM anti- HBc	IgG anti- HBc	ADN VHB	Ag Hbe	IgG anti- Hbe	IgG anti- HBS
Hépatite aigue	+	+	+	+/-	+/-	-	-
Fin d'Hépatite aigue	-	+	+	-	-	+	+
Hépatite chronique active	+	-	+	+	+	-	-
Porteur inactif	+	-	+	-	-	+	-
Vaccination	-	-	-	-	-	-	+

1.7. Diagnostic différentiel

- **Hépatites médicamenteuses** : Le diagnostic doit être systématiquement évoqué devant toute hépatite aigue. Un interrogatoire minutieux précise la chronologie des prises médicamenteuses et l'administration des médicaments non indispensables est interrompue.
- **Hépatites alcooliques** : L'élévation des transaminases est moins importante, dépassant exceptionnellement 10 fois la limite supérieure de la normale et porte surtout sur les ASAT. Il existe une élévation franche de la Gamma GT et une macrocytose, il existe également une notion d'intoxication éthylique, et des signes d'imprégnation alcoolique. [11].
- **Hépatites auto immunes** : La recherche des anticorps spécifiques permet de poser le diagnostic. Paludisme : La goutte épaisse et le frottis permettent de poser le diagnostic

- **Hépatites aiguës infectieuses non virales** : Une hypertransaminasémie peut être observée au cours de la leptospirose ou des septicémies à gram négatif de la syphilis.
- **La fièvre typhoïde** : le diagnostic est fait par les hémocultures.
- **Pathologie biliaire** : L'échographie permettra de poser le diagnostic.
- **Les hépatites virales, A, C et E** : Le diagnostic est posé sur la recherche des marqueurs de chaque virus.

1.8. Traitement

1.8.1. Le traitement curatif [17 ,20 ,23]

a. Buts

- Obtenir une suppression de la réplication du VHB
- Obtenir une amélioration des lésions histologiques
- Obtenir une réponse virologique prolongée, c'est-à-dire une charge virale maintenue à un niveau suffisamment bas pour qu'il n'y ait plus de progression de l'atteinte hépatique.

b. Moyens et méthodes

- Le mode de vie : le régime alimentaire est libre, guidé par les désirs du malade, le repos est non strict.

Il faut arrêter la prise de tout produit potentiellement hépatotoxique ou métabolisé majoritairement par le foie. Ainsi ;

- Arrêt de l'alcool et des médicaments potentiellement hépatotoxiques
- Arrêt ou adaptation des posologies des médicaments métabolisés par le foie.

c. Les médicaments

On dispose aujourd'hui de deux grands types de médicaments : l'interféron pégylé et des antiviraux de nouvelle génération : l'entécavir et le ténofovir (un comprimé par jour) et d'ancienne génération (la lamivudine et l'adéfovir).

Les analogues nucléos(t)iques :

Certaines molécules des nucléosides entravent la multiplication du virus en inhibant la transcriptase inverse du VHB, mais elles n'ont qu'une action « suspensive » de la

multiplication virale. Tant qu'elles sont administrées, ces molécules empêchent la multiplication du virus, mais si on arrête le traitement, la multiplication virale reprend et la rechute peut être grave : apparition d'une insuffisance hépatique. Le traitement par nucléosides est donc, à priori, d'une durée indéfinie. L'inconvénient est le risque d'émergence d'un VHB mutant résistant au nucléoside employé ; ce risque croît avec la durée d'utilisation des nucléosides.

➤ **Les analogues nucléosidiques sont :**

-La lamivudine ou 3TC (Zeffix®, Epivir®) :

Le 3TC est le plus ancien des nucléosides inhibiteurs de la polymérase du VHB, également efficace sur la transcriptase inverse du VIH, elle est utilisée à la dose de 100 mg par jour pour le traitement de l'hépatite B (contre 300 mg par jour dans le traitement du VIH). Elle a une activité antivirale d'une part contre le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) dont l'autorisation de mise sur le marché en 1995 sous forme de Epivir comprimés de 150mg et d'autre part contre le virus de l'hépatite B dont l'autorisation de mise sur le marché (AMM) en fin 1999 sous forme de Zeffix, Comprimés dosés à 100mg à la posologie d'un comprimé par jour. Sous 3TC, l'ADN du VHB baisse rapidement, mais des mutations sont présentes.

-L'entecavir (Baraclude®, 0,5 à 1 mg par jour):

Il est efficace sur le VHB mais à un effet antiviral partiel sur le VIH. Il pourrait conférer une résistance du VIH à la 3TC. Son action anti VHB est au moins aussi bonne que celle de la lamivudine. Mais son efficacité est limitée chez les patients ayant déjà reçu un traitement par lamivudine et ayant des résistances à ce traitement.

-L'emtricitabine (Emtriva®):

C'est un dérivé fluoré du 3TC, prescrit à la dose de 200 mg/j et il est efficace à la fois sur le VIH et le VHB. Son efficacité et les risques d'apparition de résistance sont similaires à ceux du 3TC.

-La Vidarabine phosphate :

Elle est peu utilisée ; c'est un analogue nucléosidique (analogue de l'adénosine). Elle inhibe l'activité de l'ADN polymérase. Le traitement ambulatoire est donc possible. La posologie habituelle est la suivante : une injection en intramusculaire (IM) toutes les 12 heures pendant 28 jours à la dose de 10 mg/kg/jour pendant les 5 premiers jours ; puis 5 mg/kg/jour pendant les 23 jours suivants.

➤ **Les analogues nucléotidiques sont :**

-L'adéfovir (Hepsera®):

C'est un analogue nucléotidique qui est efficace sur les mutants résistants au 3TC. Il est utilisé à la dose de 10 mg par jour. Il permet de la même façon une diminution de l'ADN du VHB et une amélioration biochimique et histologique. Il semble moins rapidement efficace, mais l'apparition de mutations de résistance est également moins rapide chez les patients traités. Chez les patients ayant reçu auparavant un traitement par lamivudine et ayant développé une résistance. Le risque principal est la toxicité rénale déjà mise en évidence, de façon plus importante, lorsque l'adefovir était employé à une dose supérieure chez les patients infectés par le VIH.

-Le ténofovir (Viread®):

Il est efficace à la fois sur le VHB et sur le VIH. Il reste efficace en cas de résistance au 3TC, et est même supérieur à l'adefovir pour les patients ayant un VHB résistant au 3TC. Certains patients résistants à l'adéfovir pourraient être traités avec succès par le ténofovir.

➤ **Les combinaisons thérapeutiques**

Vu l'apparition de résistance aux antiviraux, les combinaisons thérapeutiques devraient limiter le risque de résistance, mais il n'est pas évident qu'elles renforcent l'efficacité antivirale proprement dite. Des essais cliniques sont en cours pour démontrer l'efficacité d'une combinaison thérapeutique d'emblée par comparaison à une addition précoce d'une deuxième molécule antivirale en cas de contrôle imparfait de la charge virale sous traitement. Il faut noter que la combinaison d'interféron pégylé et de lamivudine ne semble pas apporter de bénéfice thérapeutique supplémentaire. La décision sur le type de traitement à utiliser en «

première intention » pour un patient infecté par le VHB repose sur le stade de la maladie hépatique, la charge virale VHB, et l'augmentation des transaminases.

En cas de charge virale inférieure à 10000 copies/ml et transaminases élevées : c'est le cas des patients ayant déjà, spontanément une réponse immune, l'interféron pégylé, qui va renforcer cette réponse immune, doit, là, être envisagé en première intention. En effet, dans cette situation, un traitement de durée définie peut induire une rémission prolongée.

Une Charge virale supérieure à 10000 copies/ml et/ou des transaminases peu élevées sont des facteurs prédictifs de mauvaise réponse à l'interféron, et chez les patients présentant des contre-indications à l'interféron ou ayant présenté des effets secondaires à l'interféron, un traitement par analogues nucléosidiques doit être envisagé de première intention. Pour les patients positifs pour l'antigène HBe et une très forte charge virale l'entecavir semble être aujourd'hui la meilleure option thérapeutique de première ligne chez ces patients. Les combinaisons thérapeutiques se discutent mais il n'y a pas de consensus. Certains proposent, au bout de 6 mois, si l'ADN VHB ne chute pas de 4 logs, le rajout d'un deuxième nucléoside. D'autres prescrivent d'emblée une combinaison de nucléosides : entecavir et adefovir ou ténofovir, emtricitabine.

➤ **En cas de résistance à certains nucléosides**

Chez les patients ayant présenté une résistance, l'adaptation du traitement dépend des données de résistances croisées des différents mutants de résistance. Il est possible de demander en routine la recherche des mutations de résistance de la polymérase du VHB.

✚ Résistance à la lamivudine : la meilleure option est d'ajouter l'adefovir ou le ténofovir, dès l'augmentation de la charge virale et avant même la remontée des transaminases. Le passage de la lamivudine à l'entecavir n'est pas conseillé chez ces patients, compte tenu de la résistance croisée entre la lamivudine et l'entecavir et du risque de sélection de mutants résistant à la fois à l'entecavir et à la lamivudine qui atteint environ 30% des patients après 3 ans de traitement.

- + Résistance à l'entecavir : soit lors d'un premier traitement, soit après un échec de lamivudine, les premières études indiquent que l'adéfovir et le ténofovir sont efficaces pour contrôler la charge virale chez ces patients ayant présenté une résistance à l'entecavir.
- + Résistance à l'adefovir : en fonction du profil de mutations, on peut conseiller soit l'ajout de la lamivudine, soit l'ajout de l'entecavir tout en continuant l'adéfovir, dès la remontée de la charge virale, soit le relais par ténofovir.

➤ **L'interféron :**

L'interféron est la première molécule utilisée dès les années 80 dans le traitement de l'hépatite B. Il est administré par voie sous cutanée à raison de 5 à 10 MU 3 fois par semaine, pendant une durée de 3 à 6 mois. Chez les patients HBe positifs, il permet d'envisager une séroconversion HBe durable dans environ 25 % des cas.

Chez les patients HBe négatifs (infection à virus B mutant) la durée du traitement est plus longue 1 à 2 ans, et le pourcentage de réponse durable est d'environ 30 % des cas. L'interféron standard va être remplacé par l'interféron pégylé administré une seule fois par semaine. L'interféron pégylé alfa-2a commercialisé, permet d'obtenir dans les deux types d'infection (à virus sauvage ou muté) une réponse durable dans 40 % des cas.

Il n'y a pas d'intérêt à associer l'interféron à la lamivudine.

L'interféron est une molécule physiologique de défense contre le virus. L'interféron alpha est une cytokine ayant des propriétés antivirales, immunomodulatrices et anti prolifératives.

Au cours du traitement de l'hépatite chronique B, le mécanisme d'action de l'interféron alpha est double : antiviral et immunologique.

L'action antivirale : L'interféron inhibe les ARN viraux et active des enzymes ayant une action anti virale.

L'action immunologique de l'interféron entraîne une stimulation de la réponse immunitaire cellulaire. L'immunité cellulaire vis à vis des hépatocytes infectées est stimulée.

✚ Les contre-indications sont :

- Thrombopénie (<50000plaquettes/mm³)
- Neutropénie (<1000polynucléaires neutrophiles/mm³)
- Cirrhose décompensée avec insuffisance hépatocellulaire sévère et/ou complications (ascite, encéphalopathie, hémorragie digestives)
- Insuffisance rénale avec clairance de la créatinine (<50ml/min)
- Hypersensibilité à la substance active ou à tout autre interféron ou l'un des excipients.
- Epilepsie non contrôlée
- Dépression non contrôlée ou psychose sévère actuelle
- Transplantation d'organe à l'exception du foie
- Hépatite auto-immune
- Grossesse, allaitement
- Troubles thyroïdiens préexistants sauf s'ils peuvent être contrôlés par un traitement conventionnel.

✚ Les effets secondaires de l'interféron peuvent être :

Un syndrome pseudo-grippal, une asthénie, une alopecie, une hypo ou hyperthyroïdie, une instabilité de l'humeur, une neutropénie, une thrombopénie, des troubles cardio-vasculaires (hyper ou hypotension, insuffisance cardiaque, troubles du rythme.

✚ La transplantation hépatique :

Elle est indiquée en cas de cirrhose sévère, elle est parfois le dernier recours dans le traitement de l'hépatite B ; elle peut être proposée dans des circonstances bien différentes : hépatite fulminante, ou la cirrhose décompensée voire le carcinome hépatocellulaire.

1.8.1.1. INDICATIONS

- **Hépatite B aiguë commune** : mesures hygiéno-diététiques et surveillance
- **Hépatite fulminante** : transplantation Hépatique
- **Hépatite B chronique** : * Interféron pégylé ou analogues nucléos(t)idiques

➤ **Cirrhose :**

✓ **Si ADN détectable**

+ Cirrhose compensée : Interféron avec prudence car comporte un risque ou de préférence analogues à haute barrière génétique

+Cirrhose décompensée : analogues à haute barrière génétique ou transplantation si indiquée

✓ **Si ADN non détectable** : abstention de traitement anti viral

1.8.2. Traitement préventif [8 ,15 ,21]

La prévention de l'hépatite B passe par la vaccination qui est disponible depuis des années, en effet le docteur Philippe Maupas (virologue Français) et le professeur Maurice Hilleman (microbiologiste Américain) sont les chercheurs qui ont mis sur pied le vaccin contre l'hépatite B en 1976. Au Mali le vaccin contre l'hépatite B est inclus dans le programme élargi de vaccination (PEV).

a. Vaccination

La prévention de l'infection par le VHB repose sur la vaccination, mais aussi sur la détection des porteurs du virus. Les vaccins contre l'hépatite B sont composés de l'Ag HBs obtenu par recombinaison génétique et adsorbé sur l'aluminium. Ils peuvent être utilisés seuls (vaccins monovalents) ou combiné en particulier pour la vaccination du nourrisson. Les vaccins contre l'hépatite B sont immunogènes et entraînent la production d'anticorps anti HBs dirigés contre la protéine de l'enveloppe. Un titre d'anticorps anti HBs $\geq 10\text{UI/L}$ mesuré 4 à 8 semaines après la dernière injection est considéré comme protecteur et un titre post vaccinal $\leq 10\text{UI/L}$ est considéré comme une absence de réponse. Ainsi le dépistage chez tout donneur de sang, a entraîné une baisse très sensible de ce mode de contamination de même que les programmes d'échanges de seringues chez les toxicomanes.

Dans certains cas, une immunothérapie par injection d'immunoglobulines spécifiques chez un sujet récemment contaminé peut prévenir la survenue de l'hépatite.

ETUDE DES CONNAISSANCES DES ETUDIANTS DE LA FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE DE BAMAKO SUR L'HEPATITE B

Les vaccins suivants sont disponibles : les vaccins monovalents et le vaccin combiné.

Comme vaccins monovalent on a :

- ✚ Engerix B : 10 ug (enfants jusqu'à l'âge de 15 ans)
20 ug (sujets âgés de 16 ans et plus)

- ✚ Genhevac B : en injection intra musculaire (nourrissons, enfants et adultes)

Comme vaccin combiné on a : Le vaccin Twinrix qui est un vaccin combiné avec celui contre l'hépatite A, il existe deux présentations Twinrix adulte (à partir de 15 ans) et Twinrix enfant.

Il existe plusieurs schémas de vaccination :

- Le schéma vaccinal classique à 03 doses (M0, M1, M6)
- Le schéma vaccinal à 02 doses (M0, M6), chez les adolescents âgés de 11 à 15 ans inclus, non antérieurement vaccinés.

➤ **Le schéma vaccinal classique est le suivant :**

Le schéma actuellement recommandé est 3 injections par voie intramusculaire (dans la région deltoïdienne pour les adultes) répartis comme suit :

- ✓ 2 injections par voie intramusculaire (dans la région deltoïdienne pour les adultes et dans la cuisse pour les nourrissons), la deuxième injection se fait un mois après la première.
- ✓ Premier rappel, 6 mois après la première injection.
- ✓ Rappels tous les cinq ans.

Pour les personnes vaccinées avant l'âge de 25 ans et non exposées professionnellement, aucun rappel ultérieur ni aucun contrôle sérologique n'est préconisé.

La vaccination est principalement indiquée (ou obligatoire) dans ces groupes à risque :

- Le personnel de santé
- Les toxicomanes intraveineux
- Les sujets à partenaires sexuels multiples

- Les malades polytransfusés
- Les personnes exposées aux dérivés du sang
- Les immunodéprimés
- L'entourage de porteurs chroniques du VHB
- Les nouveau-nés de mères porteuses chroniques de l'antigène HBs ;

Un traitement par immunoglobulines spécifiques anti HBs doit être envisagé dans les circonstances suivantes :

- Piqure avec du matériel contaminé
- nouveau-né d'une mère porteuse de l'antigène HBs positif. Les nourrissons nés de mères connues comme porteuses de l'hépatite B doivent recevoir à la naissance des anticorps contre le virus de l'hépatite B (immunoglobulines anti HBs) associés impérativement au vaccin contre le VHB dans deux sites d'injection différents. Lorsque ceci est administré dans les douze heures qui suivent la naissance, le risque de contracter l'hépatite B est réduit de 95 %. Ce traitement permet à une mère d'allaiter son enfant sans danger [15].
- Sujets contacts d'un malade atteint d'hépatite B.

Effets indésirables de la vaccination :

Les effets indésirables signalés sont habituellement temporaires et bénins, se limitant en général à une douleur, une rougeur ou un œdème au point d'injection (3 à 10 % des cas) et des réactions systématiques à type de fièvre ne dépassant pas 38°C, fatigue, arthralgies, myalgies ou céphalées (1 à 6% des cas) toutes ces réactions disparaissent au bout de 6 jours.

b. Prévention par thérapie antivirale [34], [35].

L'OMS recommande la prophylaxie antivirale pour prévenir la transmission de l'Hépatite B de la mère à l'enfant. Les femmes enceintes chez qui des niveaux élevés d'ADN du VHB (charge virale) et/ou la présence de l'antigène HBe, sont observés présentent un risque majoré de transmettre le virus à leur enfant, même chez les nourrissons qui reçoivent la dose de naissance en temps opportun, et la série et la série complète de vaccins contre l'Hépatite B. A ce titre, les femmes enceintes

**ETUDE DES CONNAISSANCES DES ETUDIANTS DE LA FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-
STOMATOLOGIE DE BAMAKO SUR L'HEPATITE B**

ayants des niveaux élèves d'ADN du VHB sont soumises à une prophylaxie antivirale pendant la grossesse afin de prévenir l'infection périnatale par le VHB et de protéger leurs nourrissons contre la maladie. Pour les femmes enceintes infectées par le seul VHB, les indications pour le traitement sont les mêmes que pour les adultes, et le Ténofovir est recommandé. Aucune recommandation n'a été faite pour l'usage en routine de la thérapie antivirale destinée à la prévention de la transmission du VHB de la mère à l'enfant.

Outre la vaccination et la prévention de la transmission de la mère à l'enfant, d'autres moyens permettent de prévenir la transmission du VHB tels que :

- La mise en œuvre des stratégies en faveur de la sécurité transfusionnelle comprenant notamment le dépistage de tous les dons de sang et des composants sanguins destinés à la transfusion.
- La mise en œuvre des pratiques d'injection sans risque en éliminant les injections inutiles ou à risque.
- Le port du préservatif lors des rapports sexuels et limiter le nombre de partenaires sexuels.

Méthodologie

III. Méthodologie

1.9. Cadre et lieu d'étude

L'étude s'est déroulée à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS/USTTB), situé dans la commune III du district de Bamako. Elle fait partie avec la Faculté des Sciences et des Techniques (FST), l'Institut des Sciences Appliquées (ISA), et la Faculté de Pharmacie (FAPH), de l'Université des Sciences des Techniques et des Technologies de Bamako (USTTB). Elle offre des formations en médecine générale, en odontostomatologie, des diplômes de spécialisations dans plusieurs spécialités médicales et chirurgicales, ainsi que des formations en santé en santé publique. La FMOS compte environ 7000 étudiants.

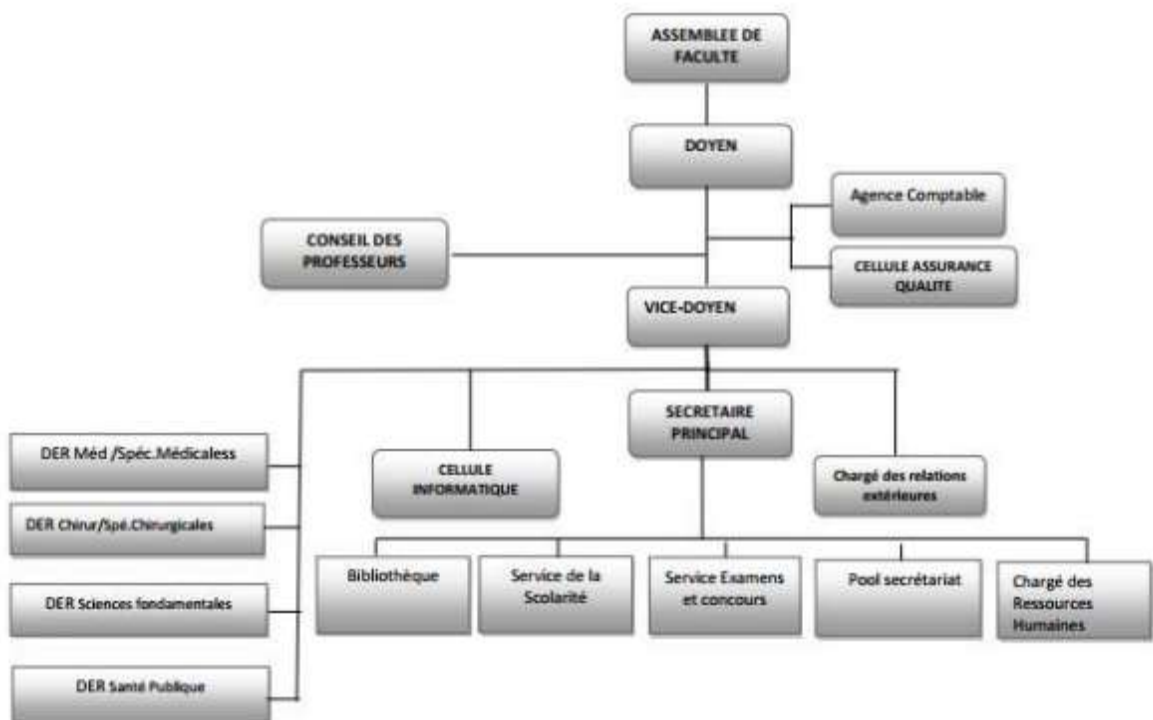


Figure 2 : organigramme de la faculté de médecine et d'odontostomatologie [36].

1.10. Type et période d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale de type descriptive et analytique avec un recueil prospectif des données allant de la période du 12 Octobre au 23 Octobre 2020.

1.11. Population d'étude

-Population source : était constituée de tous les étudiants qui fréquentent la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie de Bamako.

-Population cible : était constituée des étudiants présents sur le campus de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie de Bamako pendant la période d'étude.

1.12. Critères de sélection

a. Critères d'inclusion

Tous les étudiants de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie de Bamako qui étaient présents sur le campus et qui ont accepté de se prêter à notre questionnaire.

b. Critères de non inclusion

Tous les étudiants de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie de Bamako qui n'ont pas accepté pas de répondre à notre questionnaire.

1.13. Echantillonnage

Le nombre de participants attendus pour notre étude a été estimée sur la base de la liste des étudiants inscrits à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie de Bamako. Notre échantillonnage était exhaustif à partir du nombre d'étudiants présents sur le campus universitaire et répondant au critère d'inclusion au moment de notre passage. Le nombre de participants attendus était de 1000 étudiants.

1.14. Analyse et saisies des données

Les données ont été recueillies sur un questionnaire individuel et rempli par chaque étudiant. Les données individuelles ont été codifiées en numérique afin de permettre leur exploitation sur l'ordinateur. Le test de Chi-2 a été utilisé pour la comparaison des différents groupes avec un seuil de significativité de 5% ($p < 0,05$). Les logiciels qui suivent ont servi à la saisie du rapport et à l'exploitation des données :

-SPSS 16.0

- WORD 2013

-EXCEL 2013

1.15. Aspects éthiques

Pour mener à bien notre étude une demande d'autorisation du directeur général du CNOU a été demandée. La participation à l'étude était volontaire via un consentement écrit, la fiche d'enquête était anonyme et les informations recueillies étaient confidentielles de telle sorte que seules les personnes impliquées dans l'étude avaient accès aux données collectées. Une restitution des résultats sera faite au centre national des œuvres universitaires et aux étudiants du campus. La publication des résultats ne sera faite que dans un but scientifique.

Résultats

IV. Résultats

Au terme de notre enquête relative à l'étude des connaissances des étudiants de la faculté de Médecine et d'odontostomatologie de Bamako sur l'Hépatite B, nous avons abouti aux résultats suivants.

1.16. Données sociodémographiques

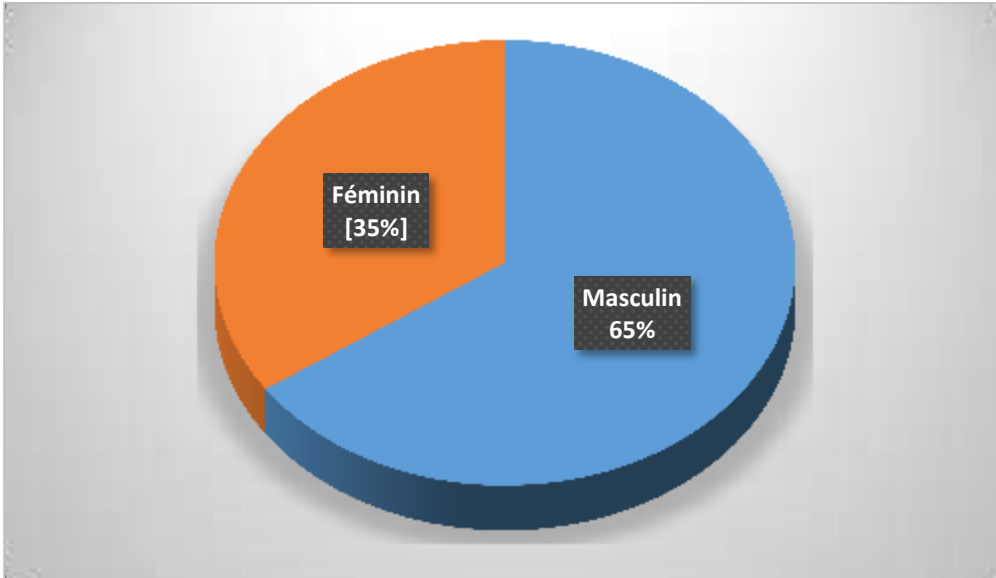


Figure 3 : Répartition des étudiants en fonction du sexe.

Les étudiants de sexe masculin étaient les plus représentés avec 65%, soit un sex - ratio de 1,89.

Tableau II : Répartition des étudiants en fonction de l'âge

Tranche d'âge (Ans)	Effectifs	Pourcentages (%)
16 – 19	208	20,8
20 – 23	555	55,5
24 – 27	227	22,7
28 – 31	10	1,0
Total	1000	100,0

La tranche d'âge la plus représentée était celle comprise entre 20 et 23 ans, avec un pourcentage de 55,5%.

L'âge moyen était de $21,62 \pm 2,47$ ans. Les extrêmes d'âges étaient 16 et 29 ans.

ETUDE DES CONNAISSANCES DES ETUDIANTS DE LA FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE DE BAMAKO SUR L'HEPATITE B

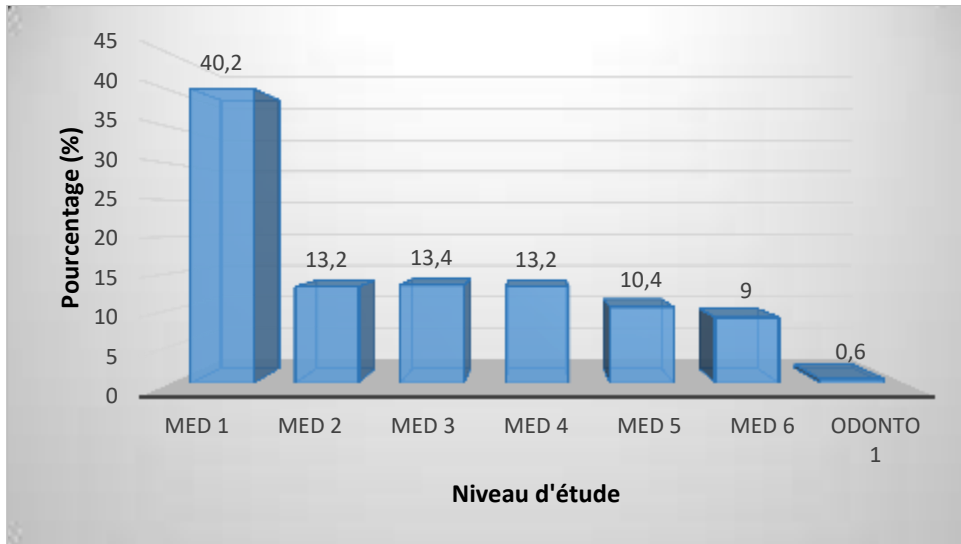


Figure 4 : Répartition des étudiants selon leur niveau d'étude.

Au cours de notre étude 40,2% des étudiants étaient en 1^{ère} année de médecine, 0,6% étaient en 1^{ère} année d'odontostomatologie, les étudiants de 2^e, 3^e, et 4^e représentaient chacun environ 13,2 %

1.17. Connaissances des étudiants sur l'Hépatite B

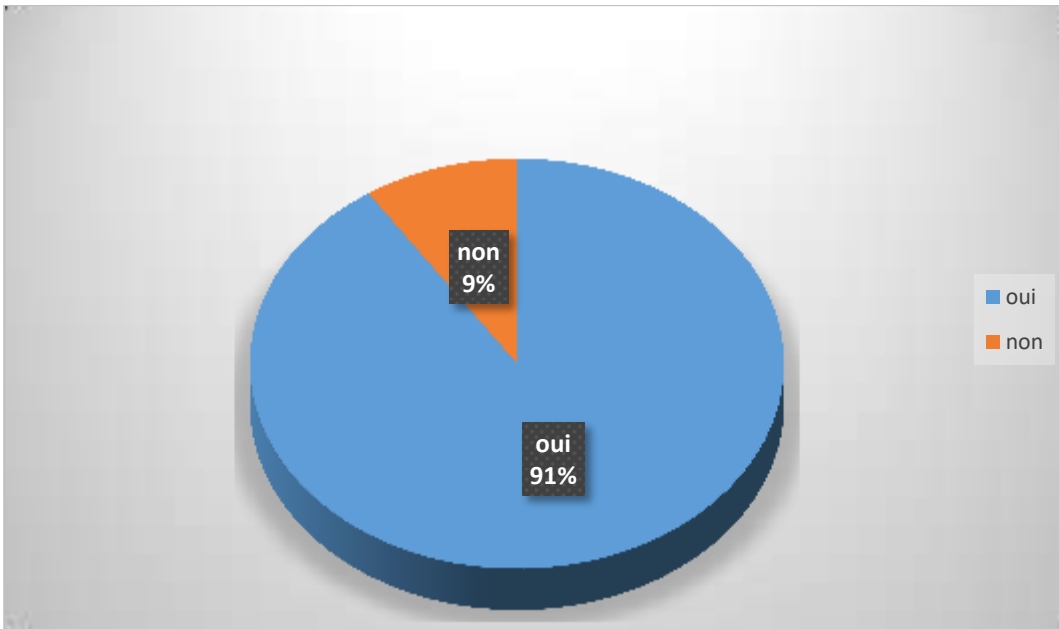


Figure 5 : Répartition des étudiants en fonction de la connaissance ou non de l'Hépatite B.

Au cours de notre étude 9% des étudiants affirmaient n'avoir jamais entendu parler de l'Hépatite B.

Tableau III : Répartition des étudiants en fonction de leurs sources d'information sur l'hépatite B.

Source d'information	Effectifs	Pourcentages (%)
Ecole	266	26,6
Ecole/documentation	188	18,8
Documentation	157	15,7
Causeries	143	14,3
Aucune	107	10,7
Télévision	97	9,7
Télévision/radio/Ecole	15	1,5
Radio	11	1,1
Télévision/Causeries	11	1,1
Ecole/causeries	5	0,5
Total	1000	100

Nous avons recensé 266 soit 26,6% d'étudiants qui avaient pour source d'information l'école, 107 étudiants soit 10,7% n'avaient pas de source d'information, 97 (9,7%) et 11 (1,1%) des étudiants avaient respectivement pour sources d'information la télévision et la radio.

ETUDE DES CONNAISSANCES DES ETUDIANTS DE LA FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE DE BAMAKO SUR L'HEPATITE B

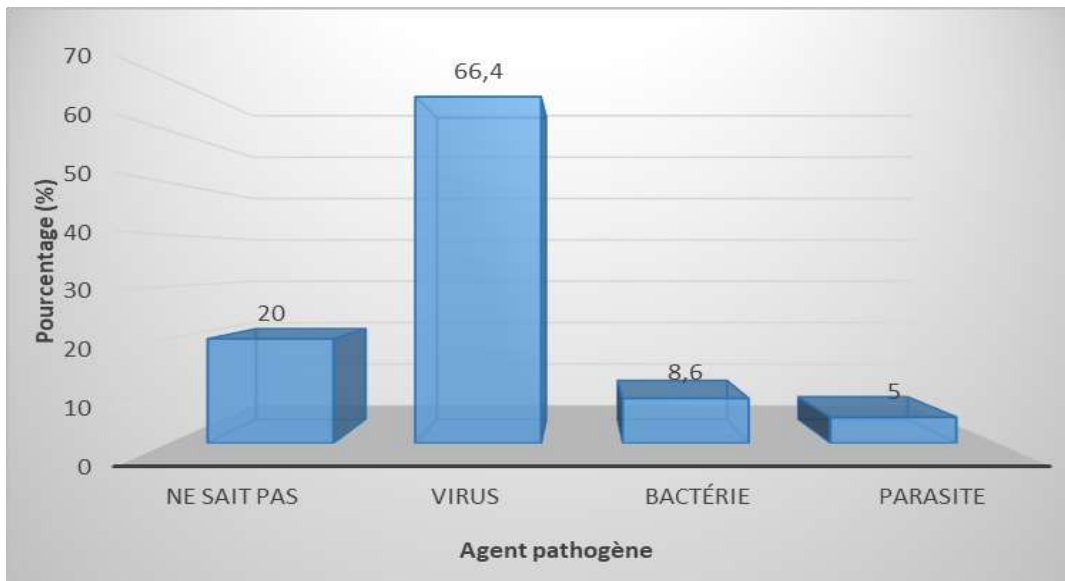


Figure 6 : Répartition des étudiants en fonction de leur connaissance de l'agent pathogène de l'Hépatite B

Au cours de notre étude 66,4% des étudiants ont évoqué le virus comme agent causal, contre 20% qui ont dit ne pas connaître l'agent causal.

Tableau IV : Répartition des étudiants selon leurs connaissances sur les modes de transmission de l'Hépatite B.

Mode de transmission	Effectifs	Pourcentages (%)
Ne sait pas	353	35,3
Liquides biologiques	166	16,6
Salive	119	11,9
Rapports sexuels non protégés/AES/transmission verticale	84	8,4
Rapports sexuels non protégés	83	8,3
AES	61	6,1
Salive/AES/Rapports sexuels non protégés	39	3,9
Rapports sexuels non protégés/AES	23	2,3
Salive/Rapports sexuels non protégés	17	1,7
Rapports sexuels non protégés/Transmission verticale	13	1,3
Transmission fécaux-oral	11	1,1
Mauvaise hygiène	10	1
Transfusion sanguine	6	0,6
Transmission verticale	5	0,5
Salive/transmission verticale	5	0,5
Salive/rapports sexuels non protégés	3	0,3
Rapports sexuels non protégés/Transfusion sanguine/transmission verticale/AES	2	0,2
Total	1000	100

ETUDE DES CONNAISSANCES DES ETUDIANTS DE LA FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE DE BAMAKO SUR L'HEPATITE B

Au cours de notre étude 35,5% des étudiants ne connaissaient pas les modes de transmission de l'Hépatite B, le mode de transmission le plus évoqué était la transmission par les liquides biologiques, ce mode de transmission a été évoqué par 16,6% des étudiants.

Tableau V : Répartition des étudiants selon leurs connaissances sur les risques de contamination de l'Hépatite B.

Facteurs de risques	Effectifs	Pourcentages (%)
Ne sait pas	223	22,3
Tout	147	14,7
Rapports sexuels non protégés	89	8,9
Drogues intraveineuses/Rapports sexuels non protégés/AES	76	7,6
Rapports sexuels non protégés/AES	65	6,5
Rapports sexuels non protégés/AES/Transfusion sanguine	58	5,8
Transfusion sanguine	47	4,7
Drogue intraveineuse/Rapports sexuels non protégés/PVVIH/AES	44	4,4
AES/Transfusion sanguine	42	4,2
Endémicité	40	4
PVVIH	39	3,9
AES	33	3,3
Rapports sexuels non protégés/PVVIH/AES	30	3
Drogues intraveineuses	28	2,8
Drogues intraveineuses/PVVIH/AES	26	2,6
Drogue intraveineuse/AES	13	1,3
Total	1000	100

Au cours de notre étude 22,3% des étudiants ne connaissaient pas les facteurs de risque de l'Hépatite B, 8,9% des étudiants pensaient que les rapports sexuels non protégés étaient le facteur de risque de l'Hépatite B.

Tableau VI: Répartition des étudiants en fonction de leurs connaissances sur les complications de l'Hépatite B.

Complications	Effectifs	Pourcentages (%)
Ne sait pas	553	55,3
Cirrhose hépatique et cancer du foie	214	21,4
Cancer du foie	89	8,9
Cirrhose hépatique	53	5,3
Mort	32	3,2
Insuffisance hépatocellulaire	25	2,5
Mort/cancer du foie	21	2,1
Atteinte graves des autres organes	6	0,6
Cancer du foie/ insuffisance hépatocellulaire	3	0,3
Ictère/infiltration	2	0,2
Insuffisance hépatocellulaire/atteinte graves des autres organes	2	0,2
Total	1000	100

Au cours de notre étude 55,3% des étudiants ne connaissaient pas les complications de l'Hépatite B, 21,4% des étudiants ont évoqué la cirrhose hépatique et le cancer du foie, et 3,2% des étudiants ont évoqué la mort comme complications de l'Hépatite B.

Tableau VII : Répartition des étudiants en fonction de leurs connaissances sur les moyens de prévention de l'Hépatite B.

Moyens de prévention	Effectifs	Pourcentages (%)
Vaccination	319	31,9
Vaccination/Rapports sexuels protégés/Bonne hygiène	195	19,5
Vaccination/Rapports sexuels protégés	142	14,2
Ne sait pas	132	13,2
Vaccination et bonne hygiène	81	8,1
Rapports sexuels protégés	48	4,8
Bonne hygiène	47	4,7
Rapports sexuels protégés/bonne hygiène	20	2
Lavage des mains	10	1
Lavage des mains/ bonne hygiène	3	0,3
Tout	2	0,2
Moustiquaire	1	0,1
Total	1000	100

Lors de notre étude 31,9% des étudiants ont évoqué comme moyen de prévention la vaccination, et 19,5% des étudiants ont mentionné la vaccination, associée à une bonne hygiène et des rapports sexuels protégés.

Tableaux analytiques

Tableaux VIII : Lien entre le niveau de connaissance de l'hépatite B et le niveau d'étude

Niveau d'étude	Connaissance Hépatite B		Total
	Oui	Non	
Médecine 1	333	69	402
Médecine 2	116	16	132
Médecine 3	125	9	134
Médecine 4	132	0	132
Médecine 5	104	0	104
Médecine 6	90	0	90
Odontostomatologie 1	6	0	6
Total	906	94	1000

Test de Khi $X^2 = 65,182$, $p = 0.000$

L'analyse de ce tableau montre que : tous les étudiants de 4^e médecine, 5^e médecine, 6^e médecine et 1^e année odontostomatologie, avaient tous connaissance de l'hépatite B.

Il existe un lien statistiquement significatif entre le niveau d'étude et la connaissance de l'hépatite B avec une probabilité $p=0,0000$

Tableau IX : Lien entre l'âge et le niveau de connaissance de l'hépatite B

Tranche d'âge (Ans)	Connaissance hépatite B		Total
	Oui	Non	
16 – 19	177	31	208
20 – 23	497	58	555
24 – 27	222	5	227
28 – 31	10	0	10
Total	906	94	1000

Test exact de Fischer= 25,972, $p= 0.000$

L'analyse de ce tableau montre que : tous les étudiants âgés de 28 ans et plus, avaient tous connaissance de l'hépatite B.

Il existe un lien statistiquement significatif entre l'âge et la connaissance de l'hépatite B avec une probabilité $p=0,0000$

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Notre étude a porté sur 1000 étudiants de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie de Bamako du 12 Octobre 2020 au 23 Octobre 2020.

➤ **Les limites de notre étude**

Au cours de notre étude nous n'avons pas pu mener notre enquête sur un échantillon représentatif des étudiants en odontostomatologie, à cause de leur indisponibilité sur le site de l'étude.

Certains étudiants étaient réticents à participer à notre étude car pour eux ils étaient ignorants de l'Hépatite B.

1.18. Epidémiologie

➤ **Sexe**

Dans notre étude le genre masculin était le plus représenté avec un pourcentage de 65% soit un sex ratio de 1,89. Cette prédominance masculine a été aussi retrouvée à Burkina Faso par Yerbanga I [4], où le genre masculin représentait 51,67%. Cette prédominance du genre masculin pourrait s'expliquer par le faible taux de scolarisation du genre féminin.

➤ **L'âge**

L'âge moyen des étudiants était de 21,62 ans avec des extrêmes d'âges allant de 16 ans à 29 ans. Au Burkina-Faso, l'étude menée par Yerbanga I, avait retrouvé un âge moyen qui était de $19,65 \pm 4,68$ ans [4].

➤ **Niveau d'étude**

Au cours de notre étude 40,2% des étudiants étaient en 1ère année de médecine, 6% étaient en 1^{ère} année d'odontostomatologie, les étudiants de 2^e, 3^e et 4^e médecine représentaient chacun environ 13,2 %, les étudiants de 5^e et 6^e année de médecine représentaient respectivement 10,4% et 9%.

1.19. Connaissances sur l'Hépatite B

Au cours de notre étude 91% des étudiants affirmaient avoir déjà entendu parler de l'Hépatite B, et 66,4% des étudiants avaient cité le virus comme l'agent causal de l'Hépatite B. Ce pourcentage est supérieur à celui trouvé par Dao A au Mali en 2018

qui rapportait un pourcentage de 88,08% de personne qui affirmaient avoir entendu parler de l'Hépatite B, et contre 84,97% de personnes qui citaient le virus comme agent causal de l'Hépatite B [7]. Une étude menée par Yerbanga I [4] à Bobo-Dioulasso au Burkina Faso en 2016-2017 avait retrouvé 79,63% d'étudiants de médecine qui affirmait connaître l'Hépatite B.

Cette élévation des pourcentages relatifs à la connaissance de l'Hépatite B pourrait s'expliquer par le fait qu'au fil du temps la communication liée à la vulgarisation de l'Hépatite B s'intensifie, ainsi qu'une meilleure compréhension du cours sur l'Hépatite B, par les étudiants.

➤ **Source d'information sur l'Hépatite B**

Les étudiants interrogés avaient plusieurs sources d'informations sur l'Hépatite B. Au cours de cette étude la source la plus citée était l'école avec 26.6%, la documentation était citée par 15.7% des étudiants, les causeries étaient citées par 14.3% des étudiants, à noter que 10.7% des étudiants n'avaient aucune source d'information sur l'Hépatite B. L'étude menée en Côte d'Ivoire par Lohouès-Kouacou MJ et al [33], rapporte que les sources d'information sur l'Hépatite B, les plus représentées étaient respectivement : les médias avec 45.9%, l'école avec 27.8% et la documentation avec 10.5%. Par ailleurs l'étude de Sacko D [32] au Mali en 2015, avait retrouvé comme source d'information les plus cités les causeries avec 43.3%, la radio avec 9%, la télévision avec 2.3% et l'école 6.3%. Cette différence pourrait s'expliquer par la limitation des canaux de communication sur l'Hépatite B.

➤ **Mode de transmission de l'Hépatite B**

Le mode de transmission de l'Hépatite B était inconnu de 35,3% des étudiants, le mode de transmission le plus cité était par le biais des liquides biologiques avec un pourcentage de 16,6% ; 11,9% des étudiants avaient évoqué la salive, 8,3% des étudiants évoquaient les rapports sexuels non protégés, 6,1% des étudiants évoquaient les accidents d'expositions au sang, 0,6% des étudiants évoquaient la transfusion sanguine, 0,5% des étudiants évoquaient la salive et la transmission verticale, 1% des étudiants évoquaient la mauvaise hygiène. L'étude menée en Côte

d'Ivoire par Lohouès-Kouacou MJ et al [33] avait retrouvé comme mode de transmission la voie parentérale avec 26,1% et la voie sexuelle avec 17,5%. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que l'étude menée en Côte d'Ivoire avait intégré les étudiants de diverses filières universitaires ce qui n'a pas été le cas de notre étude qui avait intégré seulement les étudiants de Médecine et d'Odontostomatologie.

➤ **Les facteurs de risques de contaminations de l'Hépatite B**

Au cours de notre étude 22,3% des étudiants ne connaissaient pas les facteurs de risque de contamination de l'Hépatite B, 8,9% des étudiants avaient cité les rapports sexuels non protégés, 3,3% des étudiants avaient cité les accidents d'expositions au sang, 4% des étudiants pensaient que le fait d'être un pays à forte endémicité de l'Hépatite B était un facteur de risque de contamination de l'Hépatite B, et 3,9% des étudiants estimaient que être une personne vivant avec le VIH était un facteur de risque de contamination de l'Hépatite B. Ce pourcentage élevé des étudiants qui ne connaissent pas les facteurs de risque de contamination de l'Hépatite B nous amène à nous interroger sur la qualité des connaissances de ces étudiants sur l'Hépatite B.

➤ **Les complications de l'Hépatite B**

Lors de notre étude 55,3% des étudiants ne connaissaient pas les complications de l'Hépatite B, 21,4% des étudiants citaient comme complications la Cirrhose hépatique et le cancer du foie, et 8,9% des étudiants évoquaient comme complications le cancer du foie. Par contre une étude menée par Dao A [7] au Mali avait trouvé un pourcentage d'ignorance des complications de l'Hépatite B égale à 14,51%, comme complications retrouvées dans son étude, était cité la Cirrhose du foie avec un pourcentage de 49,74%, le cancer primitif du foie représentait 5,18%. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que l'étude menée par Dao A [7], intégrait aussi bien les étudiants en médecine que le personnel de santé du Centre de santé de référence de la Commune IV.

➤ **Les moyens de prévention de l'Hépatite B**

Au cours de notre étude 13,2% des étudiants étaient ignorant des moyens de prévention de l'Hépatite B, 31,9% des étudiants citaient la vaccination comme moyen de prévention, 4,8% des étudiants ont cité les rapports sexuels protégés, et 4,7% des étudiants ont cité la bonne hygiène. Une étude menée au Mali par Dao A avait retrouvé 51,81% en faveur de la vaccination et 17,1% en faveur des rapports sexuels protégés [7]. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que l'étude menée par Dao A, intégrait aussi bien les étudiants en médecine que le personnel de santé du Centre de santé de référence de la Commune IV.

➤ **Relation entre le niveau d'étude et la connaissance de l'hépatite B**

Au cours de notre étude nous observons que le fait d'être dans des classes supérieures à partir de la de 4^e année permettait aux étudiants d'avoir une connaissance sur l'hépatite B, avec $p= 0.000$, nous pouvons dire qu'il existe un lien statistiquement significatif entre le niveau d'étude et la connaissance de l'hépatite B. Le fait d'être étudiant en deuxième cycle des études médicales, donne accès aux connaissances sur les pathologies médicales notamment sur l'hépatite B.

➤ **Relation entre l'âge et la connaissance de l'hépatite B**

Au cours de notre étude nous observons que les étudiants âgés de plus de 28 ans avait tous une connaissance sur l'hépatite B, avec $p=0,000$, nous pouvons dire qu'il existe un lien statistiquement significatif entre l'âge et la connaissance de l'hépatite B.

CONCLUSION

VI. CONCLUSION

Au terme de notre étude portant sur l'évaluation des connaissances des étudiants de Médecine et d'Odontostomatologie de Bamako sur l'Hépatite B, il en ressort que 91% des étudiants affirmaient avoir déjà entendu parler de l'Hépatite B, 35,3% d'étudiants ne connaissaient pas le mode de transmission du VHB, 55,3% des étudiants ignoraient les complications liées au VHB, le risque de contamination du VHB était inconnu de 22,3% et 13,2% des étudiants étaient ignorants des moyens de préventions de l'Hépatite B. Cette répartition inégale des connaissances des étudiants sur le VHB, démontre à suffisance la négligence accordée à cette maladie. Il convient de rappeler que l'Hépatite B reste dans notre contexte un problème de santé publique, à cet effet les connaissances des étudiants sur cette maladie reste faible et superficielle d'où la nécessité d'un renforcement de l'édification des étudiants sur les moyens de transmission, de prévention de l'Hépatite B pour parvenir à une bonne maîtrise de l'infection dans notre pays.

RECOMMENDATIONS

VII. RECOMMANDATIONS

➤ **Au Ministère de la Santé**

- Organiser des campagnes d'information et de sensibilisation sur l'Hépatite B.
- Organiser des campagnes de dépistages gratuites de l'Hépatite B.

➤ **Aux étudiants**

- Renforcer leurs connaissances en ce qui concerne les modes de transmissions, la prévention, les risques de contaminations et les complications de l'Hépatite B.

➤ **A la population**

- Participer aux campagnes de sensibilisations et de dépistage de l'Hépatite B.

Références

VIII. REFERENCES

1. Collège des universitaires de maladies infectieuses et tropicales. E. Pilly. 21^{ème} édition. Paris : Alinéas Plus ; 2008.736p
2. World Health Organization, Global Hepatitis Programme. Global hepatitis report, 2017 [Internet]. Geneva, Switzerland: World Health Organisation; 2017 [cité 20 avril 2020]. Disponible sur : <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255016/1/9789241565455-eng.pdf?ua=1>
3. Katilé D, Konaté I, Goita D, Kaboré M, Dicko MY, Malla O et al. Prévalence de l'antigène HBs et profil sérologique du virus de l'hépatite B en consultation de médecine générale à l'hôpital régional de Kayes au Mali. Health Sci Dis. 2018 ; 19(4) :17
4. Yerbanga I. Virus de l'hépatite B : connaissances et couverture vaccinale en milieu scolaire et étudiantin dans la ville de Bobo-Dioulasso, Burkina Faso [Thèse]. Médecine : Bobo-Dioulasso ; 2016. 56p
5. Bougoudogo F, Diarra S, Traoré S, Niangaly A. Rapport sur la prévalence des marqueurs de l'infection par le virus de l'hépatite B au Mali. INRSP; 2001.
6. World Health Organization. Prevention and control of viral hepatitis infection: framework for global action. World Health Organization. [Internet]. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2012 [cité20 avril 2020]. Disponible sur : <http://www.who.int/iris/handle/10665/130012>
7. Dao A. Etude des connaissances, attitudes et pratiques du personnel de santé du CSRef du district de Bamako à propos de l'hépatite virale B [Thèse]. Médecine : Bamako : 2018. 86p
8. Collège des universitaires de maladies infectieuses et tropicales. E. PILLY trop. Paris : Alinéas Plus ; 2016. 631p
9. Bérard-Garrigue C. Evaluation des connaissances des patients sur l'hépatite B, se présentant aux urgences pour accident d'exposition aux virus sexuel [Thèse]. Médecine : Bordeaux ; 2016. 65p

10. Drabo C. Evaluation des activités de vaccination dans le district de Macina [Thèse]. Médecine : Bamako ; 2009. 91p
11. Eugene C. Les hépatites virales. Paris : Masson ; 2000. 226p.
12. Epidémiologie de l'infection par le VHB. Développement et santé .2012 ; 200p 7-16
13. Epidémiologie des Hépatite virales B en Afrique. [En ligne]. [Consulté le 29 Juin 2020]. Disponible: <http://www.HépatiteAfrique.org>
14. World Health Organization, Dept of Epidemic and Pandemic Alert and Reponse. Hepatitis B [Internet]. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2002 [cité 2 juill 2020]. 76 p. Disponibles
15. Virus de l'hépatite B (VHB). Agent de l'hépatite B [En ligne]. [Consulté le 26 Juin 2020]. Disponible : <http://www.wikipédia.org>.
16. Sidibé S, Sacko Y, Traore Y. Prévalence des marqueurs sérologiques du virus de l'hépatite B chez les femmes enceintes dans le district de Bamako, Mali. Bull Soc Pathol Exot .2001; 94(4):339-341
17. Catrice. M. Prévention de l'hépatite B dans les populations migrantes originaires de zone de forte épidémie : Afrique Subsaharienne et Asie. Paris VII : Thèse Médecine ; 2009.
18. Institut National de Prévention et d'Education Pour la Sante–INPES. Prévention de l'hépatite B auprès des personnes les plus exposées, Mai 2005 [en ligne]. [Consulté le 13 février 2014] disponible <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/931.pdf>.
19. ANRS (Agence Nationale de Recherche sur le Sida et les Hépatites Virales). Hépatites virales B et C/Pays en développement : Présentation générale [en ligne]. [Consulté le 21 Mai 2013] disponible. <http://www.anrs.fr/Hepatitis-virales-B-et-C/Pays-endéveloppement/> Présentation générale.

**ETUDE DES CONNAISSANCES DES ETUDIANTS DE LA FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-
STOMATOLOGIE DE BAMAKO SUR L'HEPATITE B**

20. Haute autorité de santé. Rapport de recommandation 2014 sur la prise en charge des personnes infectées par le virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C. Paris : 2014. 527p.
21. Bourel M. Hépatologie. Paris : Ellipses ; 1991. 383 p.
22. Ballian A. Hepatogastro-entérologie médicale. Vernazobres-Gregoire : Paris ; 2004. 450 p.
23. Buffet C, Pelletier G. Abrégé d'hépatologie. Paris : Masson ; 1994. p 59-85.
24. Yerbanga XF. L'antigénémie HBs et paramètre hématologique chez les donneurs de sang au CNTS de Bamako, Thèse Pharm. Bamako 1997
25. Fleury HJ. Abrégé de virologie, Masson. Paris, 1997, 191p.
26. La Revue de Med 'AF, 2002. Mali : Médecine Tropicale ; édition trimestrielle, N°1, juillet 2002. ; P345-49
27. Pol S. Epidémiologie et Histoire naturelle de l'infection chronique par le VHB. La lettre de l'hépatogastro-entérologue : 2006. 9(4) :173 – 177. 2003- OMS. Hépatite B. Aide-mémoire, N204, juillet 2016
<http://www.who.int/Mediacentre/Factsheets/FS204/Fr>. consulté le 2 Aout 2017 à 10h05mn
28. Eugène C. Les hépatites virales. Paris : Masson ,2000. 226 p.
29. Dao S et al. La Co- infection VIH-VHB, Médecine d'Afrique Noire 2007- 54(10), 485-88 18- Yerbanga XF
30. Les techniques virologiques de diagnostic et suivi de l'hépatite B [En ligne]. [Consulté le 19 février 2015]. Disponible : <http://www.emConsult.com>
31. MINSANP/PNLS. Politique nationale de dépistage du VIH à Madagascar. Edition 2011.
32. Sacko D. Connaissances, attitudes et pratiques des consultants a propos de l'Hépatite virale B au centre de sante de référence de la commune IV du district de Bamako [Thèse]. Médecine : Bamako : 2015. 84p
33. Lohouès-kouacou MJ, Assi C, Nigué L, Bieké AR, Ouattara A, Koné S et al. Connaissance et couverture vaccinale contre l'Hépatite virale B (HVB) : étude

ETUDE DES CONNAISSANCES DES ETUDIANTS DE LA FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE DE BAMAKO SUR L'HEPATITE B

transversale parmi les étudiants de l'université de Cocody, Cote d'Ivoire. Rev Epidemiol santé publique.61(2013)494-498.

34. Organisation Mondiale de la Santé. Hépatite B. Juillet 2020
35. Organisation Mondiale de la Santé. Lignes directrices pour la prévention, les soins et le traitement en faveur des personnes atteintes d'une infection à hépatite B chronique. Avril 2016.
36. MYMOZETTE N'tiwa Diganda. Connaissances, attitudes et pratiques des étudiants de la faculté de médecine et d'odontostomatologie (FMOS) en matière de vaccination. Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS) ; thèse 2019 N° 422.

Fiche d'enquête

**Etude des connaissances des étudiants du campus universitaire de
Badalabougou sur l'hépatite B.**

I- Identification

Numéro d'identification .../..../.... / Date d'entretien : .../.../2020

II- Renseignements sociodémographiques

Q1. Quel est votre âge (en années) : .../.../

Q2. Sexe : 1) Masculin 2) Féminin

Q3. Nationalité : 1) Malienne 2) Etranger

Q4. Statut matrimonial : 1) Célibataire 2) Marié(e) 3) Divorcé(e) 4) Veuf

Q5. Quel est votre niveau
d'étude :.....

III- Connaissances sur l'hépatite B

Q6. Connaissez-vous l'hépatite B? 1) Oui 2) Non

Q7. Quelle est votre source d'information sur l'hépatite B :

1) Télévision 2) Causerie 3) Radio 4) Ecole 5) Documentation 0)
Aucune

Q8. Quel est l'agent responsable de l'hépatite B?

1) virus 2) bactérie 3) Parasite 4) Ne sait pas

Q9. Connaissez-vous les modes de transmission de l'hépatite B ?

1) Oui 2) Non

Q10. Si oui lesquels

Q11. Peut-on prévenir l'hépatite B ? 1) Oui 2) Non

Q12. Quels sont les moyens de prévention de l'hépatite B ?

1) vaccination contre l'hépatite B 2) Bonne hygiène 3) Rapports sexuels non
protégés

4) Lavage des mains 5) Dormir sous moustiquaire 0) Ne sait pas

ETUDE DES CONNAISSANCES DES ETUDIANTS DE LA FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE DE BAMAKO SUR L'HEPATITE B

Q13. Connaissez-vous les complications de l'hépatite B? 1) Oui

2) Non

Q14. Si oui

lesquels :.....

Q15. Quels sont les facteurs de risque d'être contaminé par le microbe de l'hépatite B ? (Cocher la ou les bonnes réponses)

1- Usagers de drogues par voie intraveineuse

5- En cas d'accident d'exposition

au sang

2- Personne ayant des comportements sexuels non protégés

6- Patient ayant bénéficié d'une transfusion sanguine

3- Personne vivant avec le VIH

0-Ne ne sait pas

4-Personne originaire d'un pays à forte endémicité

FICHE SIGNALITIQUE

Nom : KAMDEM KAMGAING

Prénom : Arnold Borel

Contact : borelkamdem1994@gmail.com

Titre de la thèse : ETUDE DES CONNAISSANCES DES ETUDIANTS DE LA FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE DE BAMAKO SUR L'HEPATITE B.

Année académique : 2020-2021

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Cameroun

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de Médecine et d'Odontostomatologie de Bamako

Secteur d'intérêt : Maladies Infectieuses

Résumé : Le but de notre étude était d'évaluer des connaissances des étudiants de la faculté de médecine et d'odontostomatologie de Bamako sur l'hépatite B, il s'agissait d'une étude transversale de type descriptive et analytique avec un recueil prospectif des données allant de la période du 12 Octobre au 23 Octobre 2020. Tous les étudiants de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie de Bamako qui étaient présents sur le campus pendant la période d'étude ont été inclus dans notre étude après un consentement verbal éclairé, les données ont été analysées à partir du logiciel SPSS 16.0.

Sur un total de 1000 étudiants, il en ressort que 91% des étudiants affirmaient avoir déjà entendu parler de l'Hépatite B, 35,3% d'étudiants ne connaissaient pas le mode de transmission du VHB, 55,3% des étudiants ignoraient les complications liées au VHB, le risque de contamination du VHB était inconnu de 22,3% et 13,2% des étudiants étaient ignorants des moyens de préventions de l'Hépatite B.

En conclusion, cette répartition inégale démontre à suffisance que les connaissances des étudiants sur cette maladie restent faibles et superficielles d'où la nécessité d'un renforcement de l'édification des étudiants sur les moyens de transmission, de prévention de l'Hépatite B pour parvenir à une bonne maîtrise de l'infection dans notre pays.

Mots clés : Hépatite B, connaissances, étudiants, Point G.

DESCRIPTION SHEETS

Name: KAMDEM KAMGAING

First Name: Arnold Borel

Contact: borelkamdem1994@gmail.com

Title of the thesis: STUDY OF THE KNOWLEDGE OF STUDENTS FROM THE FACULTY OF MEDICINE AND ODONTO-STOMATOLOGY OF BAMAKO ON HEPATITIS B

Academic year: 2020-2021

Defense city: Bamako

Country of origin: Cameroon

Place of deposit: Library of the Faculty of Medicine and Odontostomatology of Bamako

Area of interest: Infectious Diseases

Summary: The aim of our study was to assess the knowledge of students of the Faculty of Medicine and Odontostomatology of Bamako on hepatitis B, it was a cross-sectional study of descriptive and analytical type with a prospective collection. data from the period of October 12 to October 23, 2020. All students of the Faculty of Medicine and Odontostomatology of Bamako who were present on campus during the study period were included in our study after consent verbally informed, data was analyzed using SPSS 16.0 software.

Out of a total of 1000 students, it emerged that 91% of students claimed to have heard of Hepatitis B, 35.3% of students did not know the mode of transmission of HBV, 55.3% of students did not know complications related to HBV, the risk of HBV contamination were unknown to 22.3% and 13.2% of the students were unaware of the means of prevention of hepatitis B.

In conclusion, this unequal distribution sufficiently demonstrates that students 'knowledge of this disease remains weak and superficial, hence the need to strengthen students' education on the means of transmission and prevention of Hepatitis B for achieve good infection control in our country.

Keywords: Hepatitis B, knowledge, students, Point G

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires. Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce que s'y passe. Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à compromettre les mœurs, ni à favoriser le crime. Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti, ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient. Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité. Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père. Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

Je le jure !